附件三

健康监测表（14天）

姓名： 护照号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 14天 | 日期 | 体温 | 是否与核酸检测阳性人员有过近距离接触 | 是否有发热、乏力、呼吸道不适等疑似症状 | 是否服用退烧药、感冒药等药物 |
| 第1天 |  |  |  |  |  |
| 第2天 |  |  |  |  |  |
| 第3天 |  |  |  |  |  |
| 第4天 |  |  |  |  |  |
| 第5天 |  |  |  |  |  |
| 第6天 |  |  |  |  |  |
| 第7天 |  |  |  |  |  |
| 第8天 |  |  |  |  |  |
| 第9天 |  |  |  |  |  |
| 第10天 |  |  |  |  |  |
| 第11天 |  |  |  |  |  |
| 第12天 |  |  |  |  |  |
| 第13天 |  |  |  |  |  |
| 第14天 |  |  |  |  |  |

本人保证以上填写信息真实、准确、完整，并知悉我将承担瞒报的法律后果。

本人签名： 联系电话：