|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 全市教育系统学生健康状况信息登记表 | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | | □男 □女 | | 年 龄 |  | |
| 居住地 | |  | | 报到校区 | | | □一校区 □二校区 | | 录取专业 |  | |
| 户籍 | |  | | 身份证号 | | |  | | 联系电话 |  | |
| 家庭住址： | | | | | | | | | | | |
| 暑假期间有无外出： □有 □无 | | | | | | | | | 出发时间 |  | |
| 目的地： | | | | | | | 中间停留地： | | | | |
| 乘坐交通工具： □飞机（班次） □火车（列次） □汽车（车次） □自驾 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 本人返校前14天内： | | | | | | | | | | | |
| □有无近距离接触过新冠状疑似或确诊患者 （日期： ） | | | | | | | | | | | |
| □有无近距离接触来自疫区的发热伴有呼吸道症状患者 （日期： ） | | | | | | | | | | | |
| □本人有无：□发热 □咳嗽 □流涕 □咽痛 □腹泻 □肌肉酸痛/关节痛  □无上述异常症状 （日期： ） | | | | | | | | | | | |
| 本人目前健康状况（返校时填写）： □发热 □咳嗽 □流涕 □咽痛 □腹泻 □肌肉酸痛/关节痛  □无上述异常症状 | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺以上提供的资料真实准确，如有不实，本人愿承担由此引起的一切后果及法律责任。 | | | | | | | | | | | |
| 学生签名： 家长签名： | | | | | | | | | | | |
| 每天健康信息 | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | |
| 日 期 | | | 上午（体温） | | | 下午（体温） | | 其他症状 | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |
|  | | |  | | |  | |  | | |