|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健康检测登记表及承诺书** | | | | | | | | | |
| 日期  （月/日） | 上午体温 | 下午体温 | 是否有咳嗽、乏力、肌肉酸痛、腹泻、嗅（味）觉减退等症状 | 本人及家人是否被确诊为新冠状肺炎或疑似，和或无症状感染者，如果是，确诊治疗医院及时间 | 是否和新冠肺炎病人及疑似病例有过密切接触如果是，写出时间、地点、人名 | 是否因所在居民小区、农村居住区有确诊病例、疑似病例、无症状感染者而被封闭隔离 | 是否自外省返回或近7天内有外省旅居史，如果是，请写出省份和时间 | 是否近7天有发热等症状未痊愈 | 本人及家庭成员是否与境外、国内疫情重点地区（发生本地无症状感染者）人员有接触 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人郑重承诺： 遵守学校各项防控要求，对以上提供的健康相关信息的真实性负责,如因信息不实引起疫情传播和扩散,愿承担由此带来的全部法律责任  部门（班级） 承诺人签字： | | | | | | | | | |
| 日 期： | | | | | | | | | |