达州中医药职业学院2021年新生入学健康登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本人姓名** |  | | | | | **性别** | |  | | | **出生年月** | |  | | | | **联系方式** | |  | | | | |
| **毕业学校** |  | | | | | | | **家庭住址** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **本人相关**  **情况** | **健康状况** | | | | **近14天是否离开当地** | | | | **是否属于确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | | | | | **是否曾前往或接触境内、外疫情防控高、中风险地区或人员** | | | | | | **是否接触过确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | |
| 是🞎 否🞎 | | | | 是🞎 否🞎 | | | | 是🞎 否🞎 | | | | | | 是🞎 否🞎 | | | | | | 是🞎 否🞎 | | |
| **近14天去向** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人新冠疫苗接种情况** | 第一剂接种  是🞎 否🞎 | | | 第二剂接种  是🞎 否🞎 | | | | | | 第三剂接种  是🞎 否🞎 | | | | 未接种新冠疫苗原因（并附证明材料）： | | | | | | | | | |
| **本人近14天健康状况（注明日期、每天所在地；如选“否”则需说明情况）** | 是🞎 否🞎  8月 20日  省 市  体温度数： | 是🞎 否🞎  8月21日  省 市  体温度数： | | | | | | 是🞎否🞎  8月 22日  省 市  体温度数： | | | | 是🞎 否🞎 8月 23日  省 市  体温度数： | | | | 是🞎否🞎  8月24日  省 市  体温度数： | | | | 是🞎否🞎  8月 25日  省 市  体温度数： | | | 是🞎 否🞎  8月 26日  省 市  体温度数： |
| 是🞎 否🞎  8月 27日  省 市  体温度数： | 是🞎 否🞎  8月28日  省 市  体温度数： | | | | | | 是🞎否🞎  8月 29日  省 市  体温度数： | | | | 是🞎 否🞎  8月 30日  省 市  体温度数： | | | | 是🞎否🞎  8月 31日  省 市  体温度数： | | | | 是🞎否🞎  9月1日  省 市  体温度数： | | | 是🞎 否🞎  9月 2日  省 市  体温度数： |
| **本人或共同生活人员需要说明的其它情况：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **共同生活人员** | **关 系** | | | | | | **共同生活人员相关情况** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **是否属于确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | | | | **是否曾前往或接触境内、外疫情防控高、中风险地区或人员** | | | | | | **是否接触过确诊病例、疑似病例、无症状感染或正在接受集中医学观察人员** | | | | **最近14天以来健康状况**  **（如选“否”，请写明情况）** | |
|  |  | | | | | | 是：  否□ | | | | | 是：  否□ | | | | | | 是：  否□ | | | | 是□  否□： | |
|  |  | | | | | | 是：  否□ | | | | | 是：  否□ | | | | | | 是：  否□ | | | | 是□  否： | |
|  |  | | | | | | 是：  否 | | | | | 是：  否 | | | | | | 是：  否 | | | | 是  否： | |
|  |  | | | | | | 是：  否 | | | | | 是：  否 | | | | | | 是：  否 | | | | 是  否： | |
|  |  | | | | | | 是：  否 | | | | | 是：  否 | | | | | | 是：  否 | | | | 是  否： | |
| **本人真实性承诺**  **（签名、手印）** | | | 根据《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规规定，本人郑重承诺：以上所填写内容均真实，如有虚假，本人愿意承担相关法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**备注：**1.请2021级新生如实填写本表，并由本人签字承诺。

2.如出现可疑症状（如发热、咳嗽、咽痛等），请及时就医，严禁带病入校。