

健康情况申报卡

您好！为有效防控新冠肺炎疫情，确保您和他人的健康，请如实填报您近期的健康状况，非常感谢！

姓名_____性别_____年龄_____联系电话_____

学校：_____ 班级：_____ 年级_____ 班

在蓉居住地址：_____ 区(市) 县_____ 街道(乡镇) _____
社区(村) _____ (具体门牌号)

1·过去14 天到现在，您是否有以下症状，请在相应的“□”中划“√”。

☐发热 ($\geq 37.3^{\circ}\text{C}$) ☐咳嗽 ☐嗓子痛(咽痛) ☐胸闷

☐呼吸困难 ☐其他症状 ☐无上述症状

2·过去14 天您是否有湖北等疫情较重地区旅居史？

☐是 涉及疫情地：_____ 省_____ 市

返蓉时间：_____ 月_____ 日

☐否

3·过去14 天内您是否曾与新冠肺炎确诊病例、疑似病例和无症状感染者有接触史？

☐是 最后接触时间：_____ 月 _____ 日

☐否

4·过去14 天内您是否曾与湖北等疫情较重地区人员有往来史？

☐是 最后往来时间：_____ 月_____ 日

☐否

我已阅知本申报卡所列事项，并确认以上申报内容准确真实。如有不实，本人愿意承担相关法律责任。

签名：_____

监护人签名：_____

2020年_____月_____日

附件 6

居家隔离情况登记表

学校：_____

姓名	类别 (学生/教师)	性别	年龄	康复情况	联系方式	报备街道 社区
目前身体状况(有无症状、每天体温数等)		抵蓉时间：2020 年 月 日			隔离天数	家长/教师 本人签字
		隔离日期：2020 年 月 日			第 1 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 2 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 3 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 4 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 5 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 6 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 7 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 8 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 9 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 10 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 11 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 12 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 13 天	
		隔离日期：2020 年 月 日			第 14 天	

备注：

1. 居家隔离要求请参见国家卫健委“居家隔离防控指南”。
2. 如有身体不适或发热等异常情况，请及时前往医院就医，并告知学校及所在社区相关情况。
3. 请各学校严格落实专人专班追踪日报制度，做好每日摸排跟踪情况统计表填写工作。
4. 为保障全体师生的学习环境，隔离人员（隔离期满后）入校前将此表（签字）交至学校，作为入校凭证。

