

达州技师学院师生员工健康卡

本人姓名		性别		出生年月		联系方式	
现工作科室或就读班级	家庭住址						
本人相关情况	健康状况	假期是否离开达州	是否属于确诊病例、疑似病例、无症状感染者或正在接受集中医学观察人员	假期是否曾前往疫情中高风险地区	是否接触过确诊病例、疑似病例、无症状感染者或正在接受集中医学观察人员		
	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
假期去向（假期离开过达州的人员填写）	_____省 _____市			离开时间	返回时间		
本人返校前7天健康状况（注明日期、每天所在地、体温；如选“否”则需说明情况）	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
个人疫苗接种情况统计	第一针接种时间		第二针接种时间		第三针接种时间		
48小时核酸检测结果							

其它说明					
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、无症状感染者或正在接受集中医学观察人员	假期是否曾前往疫情中高风险地区	是否接触过确诊病例、疑似病例、无症状感染者或正在接受集中医学观察人员	最近7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□：_____
		是□：_____ 否□：_____	是□：_____ 否□：_____	是□：_____ 否□：_____	是□ 否□：_____
		是□：_____ 否□：_____	是□：_____ 否□：_____	是□：_____ 否□：_____	是□ 否□：_____
本人或监护人 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.学校教职员工（含临聘人员、工勤人员）和学生应如实填写健康卡，返校前提交学校审核。

2.健康卡应由本人或监护人签字承诺。

3.双面打印此表。