承诺书

郑重承诺，本人所填写的新冠肺炎疫情防控健康档案信息真实准确；本人知晓并服从芜湖市住房和城乡建设局疫情防控、应急处置的工作要求。如因填报的信息不实或不服从防控管理而造成的后果由本人承担。

承诺人：

日 期：

新冠肺炎疫情防控健康档案

建档日期：年 月 日

**1.基础健康档案**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | 出生日期 | |  | | |
| 单位 |  | | | | | | 籍贯： | | | | | | |
| 职务 |  | | | | | | 住址： | | | | | | |
| 婚姻状况 | | 已婚 □ ；未婚 □ | | | | 家属联系电话 | | | |  | | | |
| 其他联系人 | |  | | | | | | | | 是否同住 | | 是 □；否 □ | |
| 本人电话 | |  | | | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| **新冠肺炎感染及高危因素** | **高危因素** | | | | | | | | | | | | | **有无情况** |
| 曾经被确诊为新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染 | | | | | | | | | | | | | 有 □；无 □ |
| 近14天与新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者有密切接触史 | | | | | | | | | | | | | 有 □；无 □ |
| 近14天有武汉市等重点疫情地区旅居史 | | | | | | | | | | | | | 有 □；无 □ |
| 近14天有意大利、西班牙、法国、德国、美国、瑞士、英国、荷兰、瑞典、挪威、丹麦、奥地利、比利时、伊朗、韩国等高风险国家旅居史 | | | | | | | | | | | | | 有 □；无 □ |
| 近14天有发热（腋温≥37.3℃、额温≥36.8℃）、咳嗽等呼吸道症状或与入境来皖（回皖）人员有密切接触史 | | | | | | | | | | | | | 有 □；无 □ |

**2. 动态健康记录**（填写说明：如有在□打√，无打 ×；从建档之日起开始记录）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日 期** | **当日症状** | | | | **接触情况** | | |
| **发热** | **咳嗽** | **乏力** | **腹泻** | **感染者**  **密切接触** | **与高风险地区人员密切接触** | **与入境来皖（回皖）人员密切接触** |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 月 日 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |