附件2

自我健康状况监测信息登记表

姓名： 联系电话：

接种疫苗情况：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监测日期 | 健康码：  ➀红码  ➁黄码  ➂绿码 | 早体温 | 晚体温 | 是否有以下症状：  ①发热 ②乏力  ③咳嗽或打喷嚏  ④咽痛 ⑤腹泻  ⑥呕吐 ⑦黄疸  ⑧皮疹  ⑨结膜充血  ⑩都没有 | 出现以上所有症状，是否排除疑似传染病：   1. 是 2. 否 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |