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
 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |