# 健康卡

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 现在您是否有以下症状：  ①发热（≥37.3℃）  ②咳嗽  ③嗓子痛（喉咙痛）  ④肌肉痛和关节痛  ⑤鼻塞  ⑥头痛  ⑦流鼻涕  ⑧呼吸困难  ⑨乏力  ⑩无上述症状 | 14天内是否有湖北等地区，或其他有本地病例持续传播地区的旅行史或居住史 | 14天内是否与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史 | 14天内是否接触过来自湖北等地区，或其他有本地病例持续传播地区的发热或有呼吸道症状的患者 | 14天内是否有出入境史或接触过境外入境人员 | 全国健康码和天府健康码是否为绿码 |
|  |  |  |  |  |  |

本人签名： 身份证号： 联系电话：

时间： 年 月 日（资格复审当日）

备注：本人承诺上述申报内容完全真实，若有虚假、不实，愿意接受相关处罚并承担一切相关责任。