附件2

**个人健康承诺书**

姓名： 性别： 年龄:

住址: 工作单位:

联系方式： 实测体温：

1、近15天是否到过疫情中、高风险地区:是口否口

2、近15天是否接触过来自疫情中、高风险地区的亲属、朋友：是口 否口 如果是，请填写具体时间:

3、近15天是否接触过可疑病例及发热病人:是口 否口

4、近15天是否有家人、朋友发热或患肺炎等疾病:是口 否口

5、近15天您本人是否有如下症状

发热口 咳嗽口 寒战口 咳嗽口 鼻塞口 流涕口 咽痛口

头痛口 乏力口 肌肉酸痛口 关节酸痛口 气促呼吸困难口

胸闷口 结膜充血口 恶心口 呕吐口 腹泻口 腹痛口

本人郑重承诺:如实填写上述内容，自觉履行疫情防控的法律法规义务，承担相应的法律法规责任。严格自律，履行防控义务，做好防护。

填表人(签字): 填写日期: 年 月 日

注:请在对应的口打“√”