附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **14天健康监测表** | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 目前健康状况 |  |
| 本人 身份证号 |  | | | 目前居住详细地址 |  | | |
| **每日体温、健康状况监测（周期14天）** | | | | | | | |
| 日期 | 体温 | | 健康状况 | | 是否到过中高风险地区 | | 备注 |
| 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 |  | |  | |  | |  |
| 本人承诺：自觉履行疫情防控责任和义务，保证以上填报信息真实、客观、有效。   本人签字： 签字日期： | | | | | | | |