附件1

**招收人员健康管理信息采集表**

|  |  |
| --- | --- |
| 情 形姓 名 | 健康排查（流行病学史筛查） |
| 21天内国内中、高风险等疫情重点地区旅居地（县（市、区）） | 28天内境外旅居地（国家地区） | 居住社区21天内发生疫情①是②否 | 属于下面哪种情形①确诊病例 ②无症状感染者③密切接触者④以上都不是 | 是否解除医学隔离观察①是②否③不属于 | 核酸检测①阳性②阴性③不需要 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 健康监测（自8月7日起） |
| 天数 | 监测日期 | 健康码①红码②黄码③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 | 如出现以上所列症状，是否排除疑似传染病①是②否 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 审核当天 |  |  |  |  |  |  |

**本人承诺**：以上信息属实，如有虚报、瞒报，愿承担责任及后果。

签字： 联系电话：

附件2

**2020年住院医师规范化培训威海市立医院培训基地招收人员健康申明卡及安全承诺书**

姓名: 性 别:

身份证号: 工作单位:

有效手机联系方式:

本人现场审核前14日内住址(请详细填写，住址请具体到街道/社区及门牌号或宾馆地址):

1.本人现场审核前14日内，是否出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状。 □是□否

2.本人是否属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者。 □是□否

3.本人现场审核前14日内，是否在居住地有被隔离或曾被隔离且未做核酸检测。 □是□否

4.本人现场审核前21日内，是否从省外中高风险地区入鲁。□是□否

5.本人现场审核前28日内，是否从境外(含港澳台)入鲁。 □是□否

6.本人现场审核前14日内是否与新冠肺炎确诊病例、疑似病例或已发现无症状感染者有接触史。 □是□否

7.本人现场审核前14日内是否与来自境外(含港澳台)人员有接触史。

□是□否

8.本人“健康码”是否为非绿码。 □是□否

9.共同居住家庭成员中是否有上述1至8的情况。 □是□否

**提示:**

1.以上1-9项目中如有“是”的，新型冠状病毒核酸检测阴性报告须为现场审核前7天内。

2.现场审核前14天内建议减少不必要出行，不聚餐、不聚会、勤洗手，正确佩戴口罩。

**本人承诺**:

我将如实逐项填报健康申明卡，如因隐瞒或虚假填报引起检疫传染病传播或者有传播严重危险而影响公共安全的后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《中华人民共和国刑法》《治安管理处罚法》《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规处罚和制裁。

本人签名： 填写日期：