附件4

健康申报表

一、一般情况

1.受种者姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 性别: □男 □女

2.出生日期:\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

3.联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.现住址:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

二、流行病学史

1.28天内是否去过中高风险地区?

□是 □否

2.28天内是否接触过新冠肺炎确诊病例、疑似病例和无症状感染者？

□是 □否

3.14天内是否接触过密切接触者？

□是 □否

4.14天内是否接触过发热、咳嗽等症状人员?

□是 □否

三、受种者健康症状

受种对象前14天健康监测情况，是否出现过如下症状:

1.发热: □是 □否

2.咳嗽: □是 □否

3.其他身体不适，□是(具体为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_） □否

四、受种者家人/同住人员前14天健康状况

家人/同住人员是否有出现发热、干咳等症状: □是 □否

如有，请描述患者姓名、与申报人关系及诊治情况

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申报人签名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

监护人签字:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期: 年 月 日