

自我健康状况监测表（5天）

Personal Health Monitoring Form (5 Days)

姓名 Name : _____, 护照号 Passport No.: _____

性别 Gender: _____, 出生年月 D.O.B. : _____

企业名称（如有） Name of Enterprise (enterprise employee only) : _____

5天健康监测起止日期 Health Monitoring Date: _____

5天 5 Days	日期 日/月 Date D/M	额头 <input type="checkbox"/> 腋窝 <input type="checkbox"/> 温度 Forehead <input type="checkbox"/> Underarm <input type="checkbox"/> Temperature	是否与核酸阳性 人员有过近距离 接触 Have you been in close contact with anyone who has been tested positive for Nucleic acid?	是否有发热、乏力、 呼吸不适等疑似症 状 Do you have any suspected symptoms of infection such as fever, fatigue or respiratory discomfort?	是否服用退烧 药、感冒药等药 物 Have you taken any medicine for fever or cold etc.?
第1天 Day 1		°C	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第2天 Day 2		°C	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第3天 Day 3		°C	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第4天 Day 4		°C	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第5天 Day 5		°C	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>

本人保证以上填写信息真实、准确、完整，并知悉我将承担瞒报的法律后果。I hereby declare that the information provided is true, accurate and complete, and I am aware of the legal consequences in the case of partial or false disclosures.

本人签名 Signature: _____ 联系电话 Telephone Number: _____

企业盖章（如有） Enterprise stamp (enterprise employee only): _____