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： |