

附件3:

## 2021年MPM入学考试个人健康状况报告表

姓名		性别	
身份证号		手机号码	
__月__日~__月__日个人健康状况(近14天)			
是否接种新冠肺炎疫苗	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
是否曾被当地社区要求医学隔离观察或居家隔离观察	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
近14天是否有本土阳性感染者报告所在地或疫情传播地所在市(州)旅居史	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
是否有境外旅居史	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
是否有高、中风险地区旅居史	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
是否曾被诊断为新冠肺炎确诊病例或无症状感染者	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
是否与新冠肺炎确诊病例或无症状感染者有密切接触	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
是否与来自高、中风险疫情地区人员有密切接触	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
密切接触的家属是否有发热等症状	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
密切接触的家属是否有高中风险地区及境外旅居史	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	
本人__月__日以来是否有以下症状: <span style="float: right;">是<input type="checkbox"/> 否<input type="checkbox"/></span>			
发热 <input type="checkbox"/> (体温: ) 乏力 <input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 其他_____			
其他需要说明的情况:			
本人对上述信息的真实性负责,如因不实信息引起疫情传播和扩散,愿意承担全部法律责任。			
承诺人:		日期: 年 月 日	

备注:填写该表时,在对应口方内画√