考前14天健康监测表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **日期** | **住址**  **（X省X市X区X小区/酒店）** | **有无发热、咳嗽等不适症状**  **（若有，请简述）** | **有无与确诊患者、疑似患者、无症状感染者**  **接触史** | **体温** | **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 |  |  |  |  |  |
| 备注：1.表中任何项目有异常的，及时报备所在单位、社区或疫情防控部门，并进行新冠病毒核酸检测。  2.表中内容由考生如实填写，若虚假填报，将有可能承担相应的法律责任。  **考生签字：** | | | | | |