**参评教师健康情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 联系方式 |  | |
| 单位 |  | | | | | | |
| 体温是否正常 | |  | | | | | |
| 1个月内是否被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者 | | | | | | | 是🞎 否🞎 |
| 1个月内家庭成员是否被诊断为1个月内是否被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者 | | | | | | | 是🞎 否🗹 |
| 14天内是否与确诊的新冠肺炎、疑似患者、密切接触者有接触史 | | | | | | | 是🞎 否🞎 |
| 14天内是否接触疫区人员 | | | | | | | 是🞎 否🞎 |
| 14天内是否曾有发热、咽干、干咳等症状 | | | | | | | 是🞎 否🞎 |
| 14天内是否离开本市（如有出行，继续填写）：  出行目的地： 返回时间： | | | | | | | 是🞎 否🞎 |
| 本人承诺，以上信息全部属实，无任何隐瞒或虚假填报。    承诺人(签字）： | | | | | | | |
| 同意参评。    单位（公章）： | | | | | | | |

年 月 日