附件

学生健康申报表

一、基本情况

姓名：　　毕业学校：　　班级：

身份证号：　　联系电话：

1. 本人及家庭成员是否为新冠肺炎确诊病人或疑似病人　□是　□否

如是，请提供诊治医院康复证明　□有　□否

2. 本人及家庭是否曾被要求隔离医学观察（或居家观察）　□是　□否

如是，请提供解除隔离观察证明　□有　□否

二、流行病学史

到高中学校参加测试前的 14 天内，您是否有以下情况（打√表示）

1．是否曾出国或出境？　□是　□否

如是，请具体填写什么时候到过哪些国家或地区：

2．到过湖北省等疫情重点地区或其他有新型冠状病毒感染的肺炎本地病例持续传播的地区？　□是　□否

3．曾接触过来自湖北省等疫情重点地区或其他有本地病例持续传播地区的发热或有呼吸道症状患者？　□是　□否

4．周围人群中 2 人或以上出现发热、干咳等症状或接触过新型冠状病毒感染的肺炎患者？　□是　□否

5．家人/同住人员有无发热、干咳等症状　□有　□无

如有，请描述患者姓名、与申报人关系及诊治情况：

考生签名（手写）：　　家长签名（手写）：

日 期：　　年　　月　　日