附件5

**人员健康筛查登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 情形  姓名 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 健康码  ①红码  ②黄码  ③绿码 | 14天内旅居地  （国家及县（市、区）） | 居住社区21天内发生疫情  ①是  ②否 | 属于下面哪种情形  ①确诊病例  ②无症状感染者  ③密切接触者  ④以上都不是 | 是否解除医学隔离观察  ①是  ②否  ③不属于医学隔离观察对象 | 14天内有以下症状  ①发热②乏力③咳嗽或打喷嚏④咽痛⑤腹泻⑥呕吐⑦黄疸⑧皮疹⑨结膜充血⑩都没有 | 如出现以上所列现症状，是否排除疑似传染病  ①是  ②否 | 核酸检测结果  ①阳性  ②阴性  ③不需要做核酸检测 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

请随附所有人员健康码打印页，10月15日报道时提交。

**姓名： 单位： 联系电话： 日期：**