

自我健康状况监测表

Personal Health Monitoring Form

姓名 Name: _____, 护照号 Passport No.: _____

7 天 7Days	日期 Date	体温 Body Tempera ture	是否与核酸阳 性人员有过近 距离接触 Have you been in close contact with anyone who has been tested positive for nucleic acid?	是否有发热、 乏力、呼吸道 不适等疑似症 状 Do you have any suspected symptoms of infection such as fever, fatigue or respiratory discomfort?	是否服用退 烧药、感冒 药等药物 Have you taken any medicine for fever or cold, etc.?
第 1 天 Day 1			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第 2 天 Day 2			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第 3 天 Day 3			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第 4 天 Day 4			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第 5 天 Day 5			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第 6 天 Day 6			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>
第 7 天 Day 7			是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>

--	--	--	--	--	--

本人保证以上填写信息真实、准确、完整，并知悉我将承担瞒报的法律后果。 I hereby declare that the information provided above is true, accurate and complete, and I am aware of the legal consequences in the case of partial or false disclosures.

本人签名 **Signature:** _____ 联系电话 **Telephone Number:** _____