附件3： 湖州师范学院（学生）健康申报表

**一、 一般情况**

姓名： ; 性别：□男 □女；家长姓名

出生日期： 年 月 日，身份证号：

现住址： 省 市 县（区） 乡（镇、街道） 村（小区）

所在学院、班级： 联系电话：

**二、流行病学史**

返回学校前**14**天，您是否有以下情况（打**√**表示）

1.到过新疆乌鲁木齐市、辽宁大连市、广东汕尾市或其他疫情中高风险地区？ □是 □否

2.曾接触过来自新疆乌鲁木齐市、辽宁大连市、广东汕尾市或其他疫情中高风险地区的发热或有呼吸道症状患者？ □是 □否

3.周围人群中**2**人或以上出现发热、咳嗽、腹泻或接触过新冠肺炎患者？

□是 □否

**三、返回学校前14天本人健康监测情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 体温测量记录 | 咳嗽 | 其他不适（请说明） |
| 上午 | 下午 | 有 | 无 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

四、返回学校前**14**天家人/同住人员健康状况

□家人/同住人员有出现发热、咳嗽、腹泻等症状者。

如有，请描述患者姓名、与申报人关系及诊治情况

□家人/同住人员未见发热、咳嗽、腹泻等症状者。

**申报人签名：** **家长签字：** **日期： 年 月 日**