

附件二

**自我健康状况监测表**  
**Personal Health Monitoring Form**

姓名 Name: \_\_\_\_\_, 护照号 Passport No.: \_\_\_\_\_

| 14 天<br>14Days   | 日期<br>Date | 体温<br>Body<br>Tempera<br>ture | 是否与核酸阳<br>性人员有过近<br>距离接触<br>Have you been<br>in close contact<br>with anyone<br>who has been<br>tested positive<br>for nucleic<br>acid? | 是否有发热、乏<br>力、呼吸道不适<br>等疑似症状<br>Do you have any<br>suspected<br>symptoms of<br>infection such as<br>fever, fatigue or<br>respiratory<br>discomfort? | 是否服用退<br>烧药、感冒药<br>等药物<br>Have you<br>taken any<br>medicine for<br>fever or cold,<br>etc.? |
|------------------|------------|-------------------------------|---|--|--|
| 第 1 天<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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"/>                               |
| 第 8 天<br>Day 8   |            |                               | 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 9 天<br>Day 9   |            |                               | 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 10 天<br>Day 10 |            |                               | 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 11 天<br>Day 11 |            |                               | 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 12 天<br>Day 12 |            |                               | 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 13 天<br>Day 14 |            |                               | 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 14 天<br>Day14  |            |                               | 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: \_\_\_\_\_