附件:5：

考试人员健康管理信息采集表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康监测（自考前 14 天起，不满14天从实际记录时起） | | | | | | |
| 天数 | 监测 日期 | 健康码 ①红码 ②黄码 ③绿码 | 早体温 | 晚体温 | 是否有以下症状 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 | 如出现以上所列症状，是否排除疑似传染病 ①是 ②否 |
| 1 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 2 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 3 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 4 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 5 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 6 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 7 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 8 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 9 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 10 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 11 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 12 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 13 | 月 日 |  |  |  |  |  |
| 14 | 月 日 |  |  |  |  |  |

本人承诺：以上信息属实，如有虚报、瞒报，愿承担责任及后果。  
签字： 身份证号：

联系电话： 联系地址：