附件4

培训活动人员健康筛查信息采集表

姓名： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 健康码是否为绿码 | 14天内旅居地（国家及县（市、区）） | 居住社区21天内是否发生疫情 | 是否属于下面三种情形之一：1.确诊病例2.无症状感染者3.密切接触者、次密切接触者 | 是否属于医学隔离观察对象 | 14天内是否有以下症状：1.发热2.乏力、味觉和嗅觉减退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 | 如出现以上所列现症状，是否排除疑似传染病（未出现则不填） | 核酸检测结果 |
|  | 是□ 否□ |  | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ | 是□ 否□ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位联系人： 联系电话： 日期： 2022 年 月 日 |