

自我健康状况监测表

Personal Health Monitoring Form

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

14 天 14Days	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"/>
第8 天 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 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 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 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 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 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 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 : _____