

新型冠状病毒感染筛查承诺书

一、基本信息
姓名： 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄： 本人/家属电话号码：
本人身份证号码/护照号：
现居住详细住址：
二、是否有以下接触史
1. 疫情期间您有到过以下地方吗？ <input type="checkbox"/> 湖北或武汉 <input type="checkbox"/> 其他明确的新冠肺炎疫区（包括国外疫情高发区）具体地区_____ <input type="checkbox"/> 都没有
2. 疫情期间您接触以下地区来的人员吗？ <input type="checkbox"/> 湖北或武汉 <input type="checkbox"/> 其他明确的新冠肺炎疫区（包括国外疫情高发区）具体地区_____ <input type="checkbox"/> 都没有
3. 近 2 周内是否有与新型冠状病毒感染者（核酸检测阳性者）有接触史？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 聚集性发病（2 周内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现 2 例及以上发热和(或)呼吸道症状的病例）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
三、临床表现：是否有以下症状？（如有，请在以下症状前打钩）
是否发热： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____ °C <input type="checkbox"/> 皮疹
<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呕吐， _____次/天 <input type="checkbox"/> 腹泻， _____次/天 <input type="checkbox"/> 头痛
<input type="checkbox"/> 其他症状： _____
我承诺以上信息填写真实准确，如欺瞒以上信息导致新型肺炎播散将承担法律责任。
承诺人：
日期： 年 月 日 时 分