

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: _____