附件1：

特殊培训（康复）机构员工及培训（康复）人员防控新冠肺炎疫情健康信息卡

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 既往病史 |  |
| 最近14天外出情况 | 外出时间 |  |  地点 |  |
| 返兰时间 |  |
| 本人身体健康状况 | 发热□ 咳嗽□ 咽痛□ 乏力□ 肌肉酸痛□ 胸闷□ 呼吸困难□ 恶心呕吐□ 腹泻□ 结膜炎□ （在相应症状的□内打√） |
| 家庭成员健康状况 | 父： |
| 母： |
| 其他成员： |
| 郑重承诺：本人对最近14天外出情况据实填报，无隐瞒、无漏报；以 上信息为实际情况，我对其真实性负责。  承诺人（监护人）： 联系电话: |

特殊培训（康复）机构：