

自我健康状况监测表（14天）
（既往感染人员/密接人员/疑似人员/中转人员）
Personal Health Monitoring Form

姓名 Name: _____ 护照号 Passport No.: _____

14天 14Days	日期 Date	体温 Body Temperature	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			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第2天 Day 2			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第3天 Day 3			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第4天 Day 4			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第5天 Day 5			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第6天 Day 6			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第7天 Day 7			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第8天 Day 8			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第9天 Day 9			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第10天 Day 10			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第11天 Day 11			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第12天 Day 12			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第13天 Day 13			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
第14天 Day 14			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> 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: _____