附件1

健康监测记录表（个人填写）

姓名： 性别： 年龄： 单位： 联系电话:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 日期 | | 体温 | 症状 |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |
| 月 日 | 上午 |  |  |
| 下午 |  |  |

注：1.“体温”栏填水银体温计测出的腋下温度。

2.“症状”栏填写相应情况：如无任何症状则填写“无”，如出现症状需要填写具体症状，包括（但不限于）发热（体温≥37.3℃）、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、嗅觉/味觉减退、结膜炎、肌痛、腹泻等。

附件2

健康承诺书

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 单位 |  | |
| 现住地址 |  | | | |
| 联系电话 |  | | | |
| 有无以下情况：（在相应文字画圈）  ①14天内是否有发热、咳嗽、乏力、呕吐、腹泻等症状？有 无  ②21天内是否有国内疫情中高风险地区旅居史？有 无  ③56天内是否有国（境）外旅居史？有 无  ④21天内是否与其他去过中高风险地区正在居家医学观察期的人员共同居住？有 无  ⑤是否被判为新冠肺炎确诊、疑似病例或无症状感染者的密切接触者？是 否  ⑥是否接种新冠病毒疫苗？A加强免疫接种；B完成全程接种；C仅接种一针；D未接种  ⑦14天内是否离开淮安？是 否（如是，请在下面申报栏中填写详细情况） | | | | 有此情况请简单描述： |
| 需要申报的其他情况： | | | | |
| 本人承诺：  ①本人充分理解并遵守会议期间各项防疫安全要求，会议期间将自行做好防护，自觉配合体温测量等防疫工作。  ②会议期间如出现咳嗽、发热等身体异常情况，将自觉接受流行病学调查，并主动配合落实相关疫情防控措施。  ③本人在会议期间严格遵守封闭管理要求，非经大会秘书处批准不外出。  ④以上内容属实，如隐瞒、虚报、谎报，本人愿意承担相关法律责任和后果。  承诺人（签名）： | | | | |

附件3

疫情防控告知书

尊敬的各位参会人员：

为进一步做好新冠肺炎疫情防控及医疗保障服务工作，切实维护您的身体健康，会议期间，请做好以下个人防护：

一、请您每日早晚各进行一次体温测量，并填写《健康监测记录表》备查。

二、请您在公共场所佩戴医用外科口罩。

三、请您注意保持1米以上社交距离，不握手、不聚集、不串门，避免近距离长时间交流。

四、请您注意勤洗手，保持手卫生。我们已在房间内为您准备了手消毒物品。

五、会议期间实行封闭管理，请您不要离开住地宾馆。

六、会议期间请勿接收外卖和快递，请不要接待会议无关人员。

七、如果您出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、嗅觉/味觉减退、结膜炎、肌痛、腹泻等不适时，请立即联系驻点医务人员，我们将竭诚为您提供医学服务，并根据需要，安排专人陪您去医院排查。

祝您身体健康，工作顺利！

市政协九届一次会议疫情防控组

2022年2月

附件4

健康管理情况汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在县区或委员小组、工作组、宾馆（单位） | 参加  人数 | 会前健康监测异常人数 | 健康承诺书提交人数 | 疫苗接种人数 | | |
| 全程接种 | 未全程接种 | 未种 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位名称：

负责人签字： 填表日期：

附件5

咽拭子新冠病毒核酸检测汇总表

所在设县区（单位）： 填报日期： 填报人：

联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编码 | 姓名 | 性别 | 单位 | 采样时间 | 检测机构 | 检测结果 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |