附件4

**健康承诺书**

姓名： 性别： 单位：

身份证件号码： 联系电话：

**一、本人接受并如实回答以下流行病学调查，所填报内容真实准确。**

1.14天内，是否接触过新冠肺炎病例/疑似病例/已知无症状感染者？

□是 □否

2.14天内，是否接触过有发热或呼吸道症状患者？□是 □否

3.14天内，所住社区是否曾有报告新冠肺炎病例？□是 □否

4.14天内，是否有国内中高风险地区的旅行史和居住史？□是 □否

5.14天内，是否有以下症状？如有请在□内划√。

症状：□发热 □寒战 □有干咳 □咳痰 □有鼻塞 □流涕 □咽痛

□有头痛 □乏力 □有头晕 □胸闷 □胸痛 □有气促 □恶心

□呼吸困难 □呕吐 □腹泻 □结膜充血 □腹痛 □有其他症状

**二、本人充分理解并遵守各项防疫安全要求，将自行做好防护工作，自觉配合体温测量。如出现咳嗽、发热等身体不适情况，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。**

签 名：

日 期：2021年 月 日