附件2

|  |
| --- |
| **XX省外出务工人员健康申报证明****（参考格式）** |
| 为了你和大家健康，请如实填报，如隐瞒或虚假填报，将依法追究责任。 |
| 申报人员填写以下内容： |
| 姓名：  | 性别： □男 □女 | 出生日期：□□□□□□□□ |
| 身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 手机号码： □□□□□□□□□□□ |
| 过去14天内居住地址：（如有几处，如实填写） 区） |
| 户籍地址： 区） |
|  □ 出行到省内 □ 出行到省外  |
| 目的地： 省 市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（小区） （门牌号）  |
| 出行日期： 年 月 日  |
| （1）14天内是否被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者：□是 □否 |
| （2）14天内是否曾有发热、持续干咳症状：□是 □否 |
| （3）14天内家庭成员是否有被诊断为新冠肺炎、疑似患者、密切接触者：□是 □否 |
| （4）14天内是否与确诊的新冠肺炎患者、疑似患者、密切接触者有接触史：□是 □否 |
| （5）1个月内是否与发热患者有过密切接触：□是 □否 |
| （6）1个月内是否到过湖北等疫情高发地区，或与该地区人员有接触史：□是 □否 |
| （7）抵达目的地后承诺立即向居住地或单位所在地居（村）委会报到：□是 □否 |
| （8）疫情期间承诺做到除上下班外不外出、不参与聚餐聚会：□是 □否 |
|  以上内容属实，如隐瞒、虚报，本人承担一切法律责任和相应后果。 申报人（签字）：  |
| 医生填写以下内容： |
| （9）体温（ ℃），体温是否正常：□是 □否 |
| （10）申报人居住村（社区）是否有确诊的新冠肺炎患者或聚集性发热患者：□是 □否 |
| （11）申报人是否连续14天居住在该村（社区）：□是 □否 |
| （12）申报人当前健康状况是否适宜出行：□是 □否 |
| 医生（签字）：  |
| 填报时间： 年 月 日 时  |
|  医疗服务机构名称（盖章）：  |
| \*本证明仅作为抗击新冠肺炎疫情期间无现症人员出行证明。\*本证明所指外出务工人员为填表日前14天在川居住且接受当地社区管理，有跨市（州）以上务工需要的人员。\*本证明自填报时间起3日内有效。 |