附件10

先烈中路小学学生健康卡

本人签名： 学生家长签名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 身份 | 教职员工/学生 |
| 籍贯 |  | 部门 |  | | | | |
| 联系电话 |  | 现住址 |  | | | | |
| 近期是否去过疫情重点地区：否/是（地点： 省 市；去程： 年 月 日；返程： 年 月 日；医学观察时间： 年 月 日至 年 月 日，地点 ） | | | | | | | |
| 近期是否接触过疑似或确诊病人：否/是（地点： 省 市；最后一次接触时间： 年 月 日；医学观察时间： 年 月 日至 年 月 日，地点 ） | | | | | | | |
| 近期是否接触过疫情重点地区来访人员：否/是（接触地点： 省 市；最后一次接触时间： 年 月 日；医学观察时间： 年 月 日至 年 月 日，地点 ） | | | | | | | |
| 本人返校前身体健康情况 | 观察日期 | 是否发热 | | 是否干咳 | 是否乏力 | | 其他症状 |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 月 日 |  | |  |  | |  |
| 家庭成员身体健康状况 | 关系 | 姓名 | | 联系电话 | 目前健康状况 | | |
| 有无发热 | | 有无干咳、乏力等 |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |

备注：该表为各校自行掌握，不需上报，仅供参考。