

附件

流行病学史筛查和症状监测表

姓 名		联系方式	
工作单位			
1. 本人健康情况：近 14 天内有无下列症状（请勾选，可多选） ①发热____℃②咳嗽（ ）③流涕（ ）④乏力（ ）⑤咽痛（ ）⑥腹泻（ ） ⑦嗅（味）觉减退 若有以上情况，是否已到医院诊治？①是（ ）（诊断况）②否（ ） 身体健康，无以上症状（ ）			
2. 近 28 天内是否有国外和港澳台地区旅居史？		否（ ）是（ ）	
3. 近 14 天内是否有疫情中、高风险地区(含中/高风险地区所设区市)和国内有本土疫情发生的区(市/县)旅居史？		否（ ）是（ ）	
4. 近 14 天内是否接触过新冠肺炎患者、疑似病例、无症状感染者或其密切接触者和中高风险地区人员？		否（ ）是（ ）	
5. 本人目前是否处于居家隔离期或纳入社区管理状态？		否（ ）是（ ）	
6. 当前是否与由于新冠肺炎防控需要进行居家隔离或社区管理的人员同住？		否（ ）是（ ）	
7. “四川天府健康通”是否为红、黄码？		否（ ）是（ ）	
8. 48 小时内核酸检测结果是否为阴性？		否（ ）是（ ）	
9. 除接种禁忌症外，是否全程接种新冠病毒疫苗？		否（ ）是（ ）	
10. 是否属于已治愈出院的确诊病例和已解除集中隔离医学观察的无症状感染者，尚在随访或医学观察期内？		否（ ）是（ ）	
本人承诺：以上信息均如实填写。本人知晓并服从大赛期间疫情防控安排。如因填报的信息不实或不服从防控管理，造成的一切后果由本人承担。 承诺人： 2021 年 月 日			

注：1. 本表格请参赛人员、保障人员本人填写，报到时交报到处。

2. 请在表格对应栏处打“√”，如有相关情况请详细说明。