

## 自我健康状况监测表

### Personal Health Monitoring Form

姓名 Name: \_\_\_\_\_, 护照号 Passport No.: \_\_\_\_\_

| 7 天<br>7 Days  | 日期<br>Date | 体温<br>Body Temperature | 是否与核酸阳性人员有过近距离接触<br>Have you been in close contact with anyone who has been tested positive for nucleic acid? | 是否有发热、乏力、呼吸道不适等疑似症状<br>Do you have any suspected symptoms of infection such as fever, fatigue or respiratory discomfort? | 是否服用退烧药、感冒药等药物<br>Have you taken any medicine for fever or cold, etc.? |
|----------------|------------|------------------------|---|--|--|
| 第 1 天<br>Day 1 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |
| 第 2 天<br>Day 2 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |
| 第 3 天<br>Day 3 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |
| 第 4 天<br>Day 4 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |
| 第 5 天<br>Day 5 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |
| 第 6 天<br>Day 6 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |
| 第 7 天<br>Day 7 |            |                        | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>  | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>   | 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>           |

本人保证以上填写信息真实、准确、完整，除外出检测外均自我闭环管理，并知悉我将承担瞒报的法律后果。I hereby declare that the information provided above is true, accurate and complete, and I have been in self-isolation during last 7 days except going out for detection. I am aware of the legal consequences in the case of partial or false disclosures.

本人签名 Signature: \_\_\_\_\_ 联系电话 Telephone Number: \_\_\_\_\_