2022年德州市普通话水平测试健康管理信息采集表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | | | | **准考证号** | | | |  | | | |
| **联系方式** | |  | | | | **身份证号** | | | |  | | | |
| **情形** | **健康排查（流行病学史筛查）** | | | | | | | | | | | | |
| 1.初检前21天内是否有国内中、高风险等疫情重点地区旅居史 | | | 2.初检前28天内是否有境外旅居史 | 3.居住社区21天内是否发生疫情 | | | 4.属于下面哪种情形 | | | 5.是否解除医学隔离观察 | | 6.是否核酸检测为阳性 |
|  | □是  □否 | | | □是  □否 | □是  □否 | | | □是确诊病例  □无症状感染者  □密切接触者  □以上都不是 | | | □是  □否  □不属于 | | □是  □否 |
| **注：情形中1-4,6项有一项为“是”的考生不能参加测试** | | | | | | | | | | | | | |
| **健康监测（自考前14天起）** | | | | | | | | | | | | | |
| 天数 | 监测日期 | | 健康码  ①红码  ②黄码  ③绿码 | | 早体温 | | 晚体温 | | 是否有以下症状  ①发热②乏力、味觉和嗅觉减退③咳嗽或打喷嚏④咽痛⑤腹泻⑥呕吐⑦黄疸⑧皮疹⑨结膜充血⑩都没有 | | | 如出现前述所列症状，是否排除疑似传染病  ①是 ②否 | |
| 1 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 2 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 3 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 4 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 5 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 6 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 7 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 8 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 9 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 10 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 11 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 12 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 13 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 14 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| 考试当天 | 月 日 | |  | |  | |  | |  | | |  | |
| **考生承诺** | 本人参加德州市2022年普通话水平测试，现郑重承诺：  本人如实逐项填报健康信息，如因隐瞒或虚假填报引起不良后果，本人愿承担相应的法律责任。  考生签名：  日 期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |