

## 自我健康状况监测表

### Personal Health Monitoring Form

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

| 14 天<br>14Days   | 日期<br>Date | 体温<br>Body<br>Tempera<br>ture | 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"/>           |
| 第 8 天<br>Day 8   |            |                               | 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 9 天<br>Day 9   |            |                               | 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 10 天<br>Day 10 |            |                               | 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 11 天<br>Day 11 |            |                               | 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 12 天<br>Day 12 |            |                               | 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 13 天<br>Day 14 |            |                               | 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 14 天<br>Day 14 |            |                               | 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，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 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: \_\_\_\_\_