每日健康监测记录表

姓名： 性别： 年龄： 联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 体温℃ | 其他症状 |
| 早（具体时间） | 晚（具体时间） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.“体温”为水银温度计腋下温度

 2.其他症状填写相应情况：包括寒战、咳嗽、咳痰、咽痛、打喷嚏、流涕、鼻塞、头痛、乏力、嗅觉减退或消失、肌肉酸痛、关节酸痛、气促、呼吸困难、胸闷、结膜充血、恶心、呕吐、腹泻、皮疹、黄疸等或无。

 3.有上述症状应及时向本单位报告，未排除传染病者或存在其他身体不适者不得参会。

 填报人：

 填报日期：