附件 5

# 个人健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 | |  | |
| 身份证号 |  | | | 手机号码 | |  | | | |
| 护照号 |  | | |
| 出发地 |  |  | 省 | 市（州） | | 县（市区） | |  |  |
| 目的地 |  |  | 省 | 市（州） | | 县（市区） | |  |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 出发时间 |  | | | 到达时间 | |  | | | |
| 交通出行方式 | 客车□ 飞机□ | 火 车 □ 自驾车□ | 班次 | |  | | 座位号 | |  |
| 车次 | |  | | 座位号 | |  |
| 航班号 | |  | | 座位号 | |  |
| 自驾车牌号 | |  | | | | |
| 中转信息 | | （如无则无需填写） | | | | |
| 是否有发热（体温≥37.3℃）、干咳、乏力等症状 | | | | | | 是□ | | 否□ | |
| 14天内是否与新冠肺炎确诊或疑似病例有密切接触 | | | | | | 是□ | | 否□ | |
| 14天内是否来自或途经湖北 | | | | | | 是□ | | 否□ | |
| 14天内是否来自或途经新冠肺炎疫情高风险地区 | | | | | | 是□ | | 否□ | |
| 如存在以上任意一种情况，请详细说明： | | | | | | | | | |
| 为配合疫情防控，本人同意以上信息依法提交所在辖区疫情防控部门统筹管理。  本人对上述健康信息的真实性负责。如因提供不实信息造成疫情传播、流行，本人愿承担由此带来的相关法律责任。  申报人：  年 月 日 | | | | | | | | | |

说明：1.请在表中你认同的“□内打“√”。

2.法律责任：根据《刑法》和《最高人民法院、最高人民检察院关于办理妨害预防、控制突发传染病疫情等灾害的刑事案件具体应用法律若干问题的解释》的有关规定，患有突发传 染病或者疑似突发传染病而拒绝接受检疫、强制隔离或者治疗，过失造成传染病传播，情节严 重，危害公共安全的，处三年以上七年以下有期徒刑；情节较轻的，处三年以下有期徒刑或者 拘役。