附件2：

**会议活动人员7天自我健康监测记录表**

姓名: 联系电话:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **如出现以上所列现症状, 是否排除疑似传染病** **①是****②否** |
| **10.26** |  |  |  |  |  |
| **10.27** |  |  |  |  |  |
| **10.28** |  |  |  |  |  |
| **10.29** |  |  |  |  |  |
| **10.30** |  |  |  |  |  |
| **10.31** |  |  |  |  |  |
| **11.01** |  |  |  |  |  |

单位联系人： 联系电话： 日期： 年 月 日