

**自我健康状况监测表**  
**자가 건강 모니터링폼**  
**Personal Health Monitoring Form**

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

14 天 14Days	日期 Date	体温 Body Tempera ture	是否与核酸阳性人员有过近距离接触 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 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 Have you taken any medicine for fever or cold, etc.?
第 1 天 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 Day 13			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 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: \_\_\_\_\_

注意!!! 一般乘客请填写至第 7 天。既往感染人员/密接人员/登陆船员请完整填写至第 14 天。表格内必须填写日期、体温,并勾选相应选项,最后应由本人签字并留下联系电话后提交申请。