**上海中医药大学附属曙光医院流行病学调查承诺书**

您好！根据《中华人民共和国传染病防治法》和《上海市突发公共卫生事件应急预案》等相关 法律法规要求，请您配合我们填写以下内容：

姓名： 体温：

身份证号： 联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1、近期是否有以下情况 | | |
| (1) | 您14天内是否有重点疫区、境外的旅行、居住史？ | 口是口否 |
| (2) | 您14天内是否与新型冠状病毒肺炎感染者（核酸 检测阳性者）有接触？ | 口是口否 |
| (3) | 您14天内是否接触过来自有病例报告社区中有发热/咳嗽的人员？ | 口是口否 |
| (4) | 您所在的家庭、办公室、学校等场所14天内是否有2例及以上发热和/或咳嗽？ | 口是口否 |
| (5) | 您目前是否有发热或咳嗽？近期是否服用退热药？ | 口是口否 |
| 2、其他特殊情况申明： | | |

**请您务必如实填报，若故意隐瞒相关情况，造成后果者将承担相应法律责任。我承诺以上信息准确无误。**

**签名**:

谢谢您的理解和配合。

日期： 年 月 日