**附件4**

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必须经过研判决定是否可参加考试。

填报人： 填报日期: