

## 附件

# 养老服务机构进入人员承诺书

### 一、基本信息

1. 姓名: \_\_\_\_\_
2. 性别: \_\_\_\_\_
3. 身份证号码: \_\_\_\_\_
4. 联系电话: \_\_\_\_\_
5. 居住地址: \_\_\_\_\_
6. 入院类别:  返院老年人  临时外出就医老年人  拟入住老年人  返岗职工  新入职员工  探视人员  其他必要进入人员
7. 探视或在院时间: \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_时至\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_时

### 二、身体健康状况

1. 21 天内是否出现以下症状:  
 发热: 最高温度\_\_\_\_\_℃  
 寒战  干咳  咳痰  鼻塞  流涕  咽痛  头痛  乏力  头晕  
 肌肉酸痛  关节酸痛  气促  呼吸困难  胸闷  胸痛  结膜充血  
 恶心  呕吐  腹泻  腹痛  味觉丧失  嗅觉丧失  其他
2. 21 天内是否到医院就诊  是  否  
如是, 医院名称: \_\_\_\_\_, 临床诊断: \_\_\_\_\_。是否有核酸检测报告  是  否。检测结果:  阳性  阴性。

### 三、危险因素与暴露史

1. 是否接触 30 天内有境外及中高风险地区旅行史人员。□是 □否

2. 30 天内是否赴境外及中高风险地区旅游探亲。□是 □否

3. 家中有无正在居家隔离观察人员。□有 □无

4. 30 天内是否参加过聚会或未进行自我防护情况下去过超市等人员密集场所。□是 □否

5. 30 天内是否接触《养老机构新冠肺炎疫情常态化防控指南》第六条中明确禁入人员。□是 □否

6. 30 天内是否有冷链工作者或冷链工作人员的亲属接触史。□是 □否

7. 21 天内离开本市情况，□有□无。如有，应逐一填报。

\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日，前往\_\_\_\_\_。

\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_月\_\_\_\_日，前往\_\_\_\_\_。

8. 家庭成员（包括共同居住人员）、亲属中是否有新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者或密切接触者。如有，请列出。

姓名：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

单位：\_\_\_\_\_

如违反疫情防控规定，引起新冠肺炎疫情传播或者引起传播风险，本人自愿承担法律责任。

承诺人：

联系电话：

年 月 日