2021年医师资格考试医学综合考试健康状况监测记录表

所在单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 单位名称 |  | 单位联系人员  及联系方式 | |  | |
| 记录时间  （年月日） | 本人是否有以下症状： ①发热（体温≥37.3℃） ②咳嗽 ③嗓子痛 ④肌肉痛和关节痛 ⑤鼻塞 ⑥头痛 ⑦流鼻涕 ⑧呼吸困难 ⑨乏力 ⑩无上述症状 | | 本人的体温（℃） | | 同住家庭成员是否有以下症状： ①发热（体温≥37.3℃） ②咳嗽 ③嗓子痛 ④肌肉痛和关节痛 ⑤鼻塞 ⑥头痛 ⑦流鼻涕 ⑧呼吸困难 ⑨乏力 ⑩无上述症状 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |