

附件 2

养老机构探视人员申报承诺表

申请人姓名		家庭住址	
身份证号		联系方式	
探视人员与老年人关系			
探视人员及共同居住人员近期旅行接触史（15天以内）	<input type="checkbox"/> 曾经到过北京以外中高风险地区 <input type="checkbox"/> 曾接触过外省市中高风险地区人员 <input type="checkbox"/> 曾接触入境回国人员 <input type="checkbox"/> 与已确诊或疑似病例有密切接触 <input type="checkbox"/> 与新型肺炎密切接触者有接触 <input type="checkbox"/> 接触无症状感染者及其密切接触者 <input type="checkbox"/> 属于无症状感染者及其密切接触者 <input type="checkbox"/> 家中有正在居家隔离人员 <input type="checkbox"/> 参加过聚会 <input type="checkbox"/> 未戴口罩去过超市、商场等人员密集场所 <input type="checkbox"/> 不存在上述情况		
是否有以下症状： <input type="checkbox"/> 体温超过 37.0℃ <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 干咳 <input type="checkbox"/> 咽痛头痛 <input type="checkbox"/> 胸闷气促 <input type="checkbox"/> 精神差、乏力 <input type="checkbox"/> 不想吃饭 <input type="checkbox"/> 肌肉关节酸疼 <input type="checkbox"/> 呕吐腹泻 <input type="checkbox"/> 结膜充血 <input type="checkbox"/> 咳痰鼻塞流涕 <input type="checkbox"/> 不存在上述可疑症状			
本人拟申请进入_____养老机构进行探视。本人承诺所填报信息内容均属实，并愿意严格遵照养老机构老年人家属探视有关规定。如有违反，愿承担由此引发的民事责任及刑事责任。 <div style="text-align: right;"> 签 名： 年 月 日 </div>			

注：填报人对符合情形的事项请打√，对不符合情形的事项请打×。