

# 北京五湖四海人力资源有限公司

## 《员工入职健康信息采集表》

★特别提示：根据北京市的有关规定，请填表人务必如实填写此表。

| 填表人基本信息                                                           |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|--|--|
| 姓 名                                                               |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  | 性 别                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                  | 手机号码 |  |  |  |  |
| 身份证号码                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 新入职人员，拟入职用人单位名称：_____                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 户籍地址<br>(省、市、区/县、街道、小区、具体门牌号码)                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 现住址<br>(省、市、区/县、街道、小区、具体门牌号码)                                     |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 现住址所属街道/村/社区<br>(省、市、区/县、街道/村/社区)                                 |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  | 现住址所属街道/村/社区<br>联系方式                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 疫情期间身体状况<br>(请选择)                                                 |                            | <input type="checkbox"/> 良好<br><input type="checkbox"/> 有新冠肺炎相关症状<br>(请选择) <input type="checkbox"/> 发烧 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 干咳 <input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 腹泻<br><input type="checkbox"/> 其他 (请具体说明)：_____ |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 疫情期间是否离京或离境<br>(请选择)                                              | <input type="checkbox"/> 否 |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
|                                                                   | <input type="checkbox"/> 是 | 离京情况<br>(请选择)                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 去往湖北地区  |                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 去往武汉<br><input type="checkbox"/> 去往其他地区，请填写具体城市名称：_____ |      |  |  |  |  |
|                                                                   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 去往非湖北地区 |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
|                                                                   |                            | 离境情况<br>(请填写)                                                                                                                                                                                                                                                       | 去往国家：_____                       |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
|                                                                   |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     | 返京情况<br>(请选择)                    | <input type="checkbox"/> 未返京，请填写目前所在地：_____ <input type="checkbox"/> 已返京，请选择隔离情况 <input type="checkbox"/> 已完成 14 天隔离<br><input type="checkbox"/> 未完成 14 天隔离           隔离期间是否出现感冒、发烧等不适症状 <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否 |                                                                                  |      |  |  |  |  |
| 是否与 <u>已确诊为新型冠状病毒肺炎的患者</u> 或 <u>疑似为新型冠状病毒肺炎的确诊患者</u> 有过密切接触 (请选择) |                            |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |
|                                                                   |                            | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是，请选择隔离情况 <input type="checkbox"/> 已完成 14 天隔离<br><input type="checkbox"/> 未完成 14 天隔离           隔离期间是否出现感冒、发烧等不适症状 <input type="checkbox"/> 是<br><input type="checkbox"/> 否                                   |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |      |  |  |  |  |

拟入职声明人：

日期：