

因應 COVID-19(嚴重特殊傳染性肺炎)疫情 健康聲明書

※請協助詳實填寫下列資料，並於報到當日繳回

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 其他
錄取單位：	聯絡電話(必填)：
<p>請問您過去 14 天是否有下列情形：</p> <p>1. 有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀(已服藥者亦須填寫「是」)?</p> <p><input type="checkbox"/>是：<input type="checkbox"/>發燒(額溫$\geq 37.5^{\circ}\text{C}$或<input type="checkbox"/>耳溫$\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>呼吸急促症狀 <input type="checkbox"/>腹瀉 <input type="checkbox"/>嗅覺或味覺異常</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p>2. 過去 14 天是否曾入境、居住或到訪本縣以外之地區?</p> <p><input type="checkbox"/>是 (國家/地區名稱_____)</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p>3. 是否為衛生主管機關列管之下列身分?</p> <p><input type="checkbox"/>是：<input type="checkbox"/>居家隔離 <input type="checkbox"/>居家檢疫 <input type="checkbox"/>自主健康管理</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	
簽名： 填寫日期：110 年____月____日	<p>◇ 提醒大家勤洗手，保持個人良好衛生，如有發燒或呼吸道不適等症狀，請主動與縣市衛生局聯繫或撥打防疫專線 1922。勞動部關心您。</p> <p>◇ 此健康聲明書之個人相關資料僅提供政府衛生單位防疫需求使用。</p>