

防範嚴重特殊傳染性肺炎受試者健康聲明切結書

(每一欄位均為必填，請勿漏填)

1. 請問您過去14天是否有發燒、咳嗽、呼吸急促、嗅味覺異常或不明原因腹瀉症狀?(已服藥者須勾選「是」)

否 是： 發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) 咳嗽
呼吸急促 嗅、味覺異常 不明原因腹瀉

2. 過去14天與您共同生活者是否有出現前項症狀?

否 是

3. 與您共同生活者過去14天是否曾與COVID-19(新冠肺炎)確診病例有接觸?

否 是

4. 請問您過去14天是否有出國?

否 是:返國日期_____國家為_____

5. 您過去14天是否曾與COVID-19(新冠肺炎)確診病例有接觸?

否 是

6. 請問您於掃描當日是否為衛生主管機關列管應接受居家隔離、居家檢疫或集中隔離檢疫期間?

否 是：說明_____

7. 請問您於掃描當日是否為實施自主健康管理期間?

【屬「就醫後經醫院安排採檢，返家後於接獲檢驗結果前」者，不可外出】

否 是：說明_____

8. 請問您已完成第幾劑新冠肺炎疫苗接種?

第_____劑

尚未接種疫苗

體溫：_____ 受試者連絡電話：_____

受試者：_____ (簽名) 掃描日期：_____年____月____日