

國立臺北護理健康大學健康聲明書

您好，為配合「嚴重特殊傳染性肺炎」(以下簡稱: COVID-19/武漢肺炎)防治，請務必誠實填寫下列資料，以保護您及他人的健康安全!

| | |
|----|------|
| 姓名 | 連絡電話 |
| | |

本人於111年12月17日因 洽公_____ (單位) 或

參加教務處(單位)辦理之多益校園考活動

願配合貴校依據傳染病防治法及政府防疫相關規定制定之COVID-19/武漢肺炎防治策略，以強化活動之防護及健康管理，共同確保國內公衛安全。本人秉誠信原則於進入貴校前提供以下資料並願意遵守校園防疫規定，倘有違反之情事願承擔相關法律責任與懲罰。特立此切結書為憑。

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 1. 14 天內，您是否曾出國? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是，國家名_____； 期間: ___月___日至___月___日 |
| 2. 14 天內，您是否(曾)出現以下症狀(可複選): | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 發燒(耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ /額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ /腋溫 $\geq 37^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉/關節酸痛 <input type="checkbox"/> 失去嗅味覺 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 倦怠乏力 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| 3. 一個月內，您是否曾與感染 COVID-19/武漢肺炎的確診病患有接觸史? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 4. 您是否為衛生主管機關之 COVID-19/武漢肺炎列管對象? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是，請勾選: <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理(含加強自主健康管理)； 列管期間: ___月___日至___月___日 |
| 5. 一個月內，與您同住的親友是否曾出國? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是，國家名_____； 期間: ___月___日至___月___日 |
| 6. 與您同住的親友是否曾與感染 COVID-19/武漢肺炎確診病患有接觸史? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| 7. 與您同住的親友是否為衛生主管機關之 COVID-19/武漢肺炎列管對象? | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是，請勾選: <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理(含加強自主健康管理)； 列管期間: ___月___日至___月___日 |
| 簽署人： | 填表日期： 年 月 日 | |