

致理科技大學-嚴重特殊傳染性肺炎COVID-19 (新冠肺炎)健康評估表

1090405 修訂版

姓名：_____ 聯絡電話：_____

- 來賓(洽公或主辦單位_____) 業師(洽公或主辦單位_____)
考生 陪考人員(主辦單位_____) (考試名稱_____)
其他_____

一、目前體溫量測為_____°C

二、請問您目前的身體狀況： ※若目前有下列不適症狀，請勿進入校園。

<input type="checkbox"/> 身體健康
<input type="checkbox"/> 2週內曾有發燒(額溫或耳溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)
<input type="checkbox"/> 2週內曾有 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 肌肉痠痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 極度疲倦感 <input type="checkbox"/> 嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 味覺異常 <input type="checkbox"/> 反覆就醫未癒 ※若目前仍有不適症狀，請勿進入校園。

三、請問您2週內是否有出外旅遊：

※若有國際旅遊史，請配合政府落實居家檢疫，勿入校園。如有身體不適，請主動與1922聯繫

<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有；國家_____【必填】 旅遊期間：_____ / _____ / _____ ~ _____ / _____ / _____

四、請問您2週內的感染風險史：※居家隔離=確診病例之接觸者 / 居家檢疫=具國外旅遊史

<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 自己曾居家隔離；_____ / _____ / _____ ~ _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> 自己曾居家檢疫；_____ / _____ / _____ ~ _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> 目前自己自主健康管理中_____ / _____ / _____ ~ _____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> 目前同住者居家隔離中 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 室友)
<input type="checkbox"/> 目前同住者居家檢疫中 (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 室友)
<input type="checkbox"/> 2週內曾於醫院登記為陪病人員 (請勿入校。本校教職員工請先與人事室聯絡確認)

※居家隔離或居家檢疫期間，請留家中或指定地點，不外出，勿入校。

※若有下列情形(1)自己居家隔離後2週內(2)自己居家檢疫後2週內(3)目前同住者有居家隔離或居家檢疫者，請自己進行自主健康管理2週，校外人士請勿入校。校內教職員工請聯繫人事室，學生請聯繫生輔組；進入校園，全程配戴口罩。

五、請問您2週內的健康接觸史：

<input type="checkbox"/> 自身健康
<input type="checkbox"/> 周遭親友皆身體健康
<input type="checkbox"/> 曾接觸旁人有發燒或感冒、腹瀉等症狀 (請勾選： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅味覺異常)

備註：若有身體不適，請勿進入校園，並儘速就醫。如有問題，請與洽公或主辦單位聯絡。

填寫日期：_____年_____月_____日