

# 111 學年度臺中市立文華中等學校

## 防範新型冠狀病毒肺炎自主健康聲明書

一、因應新型冠狀病毒肺炎疫情，參酌我國疾病管制署之防疫建議，因

\_\_\_\_\_ (校內處室)的 \_\_\_\_\_ (此次入校原因) 須配合填寫自主健康聲明書。

二、14 日(含)內自其他國家或地區入境臺灣者及其同住親屬，請依規定進行居家檢疫或自主隔離。

三、配合學校校園安全管理，COVID-19疫苗需接種2劑並滿14天，進入校園期間請全程配戴口罩，若額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 者，將被禁止進入校園。

四、為配合相關防治及健康管理措施，請務必據實填寫此份表單。

姓 名	身 份 證 字 號	性 別	連 絡 電 話
		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
<p>(一)關於您的健康及旅遊史部份，請問您<u>過去 14 天</u>是否有下列情形：</p> <p>1. 上呼吸道症狀、胸悶胸痛、發燒、咳嗽、痠痛、嗅覺及味覺喪失、腹瀉等 症狀？ (已就醫服藥者亦需填寫「是」) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>2. 國內外旅遊史?國內旅遊人潮擁擠景點……等? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 旅遊地區: _____ 入境日期: _____</p> <p>3. 接受依中央流行疫情指揮中心規定之居家隔離或居家檢疫? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>			
<p>(二)關於您的接觸史部份，請問您<u>過去 14 天</u>是否有下列情形：</p> <p>1. 曾接觸來自國外有發燒或呼吸道症狀人士? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>2. 曾接觸醫師高度懷疑 COVID-19感染之發燒或呼吸道症狀個案? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>3. 同住家人正接受依中央流行疫情指揮中心規定之居家隔離或居家檢疫? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>4. 同住家人曾接觸上述 1或2 描述對象? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>			
<p>_____ 同意上述說明資料屬實 (簽名)</p>			

感謝您配合本校防疫工作，也祝福您身體健康、闔家平安  
有任何問題請撥 04-23124000 #317

填表日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日