|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **自主健康聲明表(內部用)** | | | | |
| **填表時間\*：** | | | | |
| **姓名\*** |  | | **所屬部門\*** |  |
| **聯絡電話\*** |  | | **體溫\*** | 度 |
| **最近一個月內是否曾出國？** | | □ 否  □ 是，(請於下一列詳實填寫所有旅遊地點/國家，並請紀錄起始時間。例如: 2/20 - 2/25至澳洲旅遊，並於2/25入境台灣台北)。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **請問您接觸的所有家屬或朋友最近一個月內是否曾出國？** | | □ 否  □ 是，(請於下一列詳實填寫所有旅遊地點/國家，並請紀錄起始時間。例如: 2/20 - 2/25至澳洲旅遊，並於2/25入境台灣台北)。  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **最近14天內是否有右述的任一狀況？(如有多種症狀，請幫忙複選)** | | * 否   □ 發燒 (≧38℃) □咳嗽 □喉嚨痛  □ 呼吸困難 □流鼻水 □肌肉痠痛  □ 腹瀉 □其他症狀\_\_\_\_\_\_\_\_  上述症狀起始日? \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | |
| **請問您接觸的所有家屬及朋友最近14天內是否有右述的任一狀況？(如有多種症狀，請幫忙複選)** | | □ 否  □ 發燒 (≧38℃) □咳嗽 □喉嚨痛  □ 呼吸困難 □流鼻水 □肌肉痠痛  □ 腹瀉 □其他症狀\_\_\_\_\_\_\_\_  上述症狀起始日? \_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | |