

## 訓練所針對 COVID-19 自我檢視與接觸史調查表

姓名： 單位： 手機號碼：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	入所前體溫量測：
1	請問您過去 14 天身體是否有下列症狀(已服藥者亦需「是」)? <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 失去味覺或嗅覺 <input type="checkbox"/> 不明原因持續腹瀉 <input type="checkbox"/> 否	
2	請問您過去 14 天內是否自國外返國? <input type="checkbox"/> 是 國家/地區： <input type="checkbox"/> 否	
3	請問您是否為自主健康管理者? 開始日： 年 月 日/結束日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 是→ <input type="checkbox"/> 本身為通報個案但已檢驗陰性且符合解除隔離條件者 <input type="checkbox"/> 社區監測通報採檢個案 <input type="checkbox"/> 其他 請描述： <input type="checkbox"/> 否	
4	請問您最近 14 天是否有接觸「居家隔離」或「居家檢疫」者? <input type="checkbox"/> 是→ <input type="checkbox"/> 同處一室 <input type="checkbox"/> 近距離(室內 1.5 公尺、室外 1 公尺以內)接觸 <input type="checkbox"/> 其他 請描述： <input type="checkbox"/> 否	
填表人簽名：		填表日期及時間：

備註：

1. 個人資料類別: 姓名、單位、電話。
2. 個人資料利用之期間、地區、對象及方式:除涉及國際業務或活動外, 您的個人資料本所僅於中華民國領域、在前述蒐集目的之。
3. 本人已閱讀並了解上述之告知事項, 同意在上述告知事項範圍內蒐集、處理及利用本人資料。