

中央警察大學校園嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) TOCC 健康關懷問卷

您好！為因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，或簡稱武漢肺炎)疫情，學校十分關心您的健康，多一分準備，就能多一分安心。為顧及您與校園的安全，請如實填寫以下問卷，並詳細閱讀注意事項。如有發燒、旅遊史、與疑似或確診個案接觸者，本校教職員工、兼任老師或訪客請告知相關系所或單位；學員生請告知所屬中心或隊部，以協助您配合防疫相關事宜。敬祝您身體健康，事事順心。

姓名：_____ 出生：____年____月____日 性別：男 女

教職員工、兼任老師與教官或訪客請填以下欄位		學員生請填以下欄位	
所屬系所/單位：_____		期隊(班級)：_____ 學號：_____	
兼任 老師 或訪 客， 請加 填右 方欄	校外單位/公司名稱：_____	所屬系所：_____ <input type="checkbox"/> 全時生 <input type="checkbox"/> 部份生	
	前來本校參與之活動(公務)名稱： _____	<input type="checkbox"/> 學員	班別：_____
	於本校參與活動(公務)期程：____年____月____ 日至____年____月____日	<input type="checkbox"/> 學生	<input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 碩士班 <input type="checkbox"/> 博士班
	職稱：_____ 手機：_____	手機：_____	
	電子信箱：_____@_____	電子信箱：_____@_____	

1. 14日內是否到過以下國家：否 (未出境)

- 中國大陸(湖北省、武漢地區、廣東省、溫州市)、日本、韓國、新加坡、泰國(流行地區將隨疫情更新公布)，請填寫入境日期：____年____月____日
- 中國香港，請填寫入境日期：____年____月____日
- 中國澳門，請填寫入境日期：____年____月____日
- 中國大陸(非湖北省、武漢地區、廣東省、溫州市、香港、澳門地區)，請填寫入境日期：____年____月____日
- 其他國家，請說明：_____

2. 14日是否有過境(轉機)中、港、澳、日本、韓國、泰國、新加坡？(流行地區將隨疫情更新公布)

否 是 請填寫轉機地點：_____ 轉機時間：____年____月____日

3. 14天內是否出現以下症狀：否

- 發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$) 咳嗽 喉嚨痛 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難)
- 流鼻水 肌肉酸痛 關節酸痛 其他症狀_____

4. 您或您同住家屬、親友是否曾與感染嚴重特殊傳染性肺炎(武漢肺炎)病患有接觸？

否 是，與您的關係是_____，您與病患接觸日期為_____

5. 您是否為衛生主管機關列管之嚴重特殊傳染性肺炎(武漢肺炎) 居家檢疫或 自我健康管理個案？

否 是，居家檢疫或自我健康管理日期為____年____月____日至____年____月____日

★請詳細閱讀以下注意事項，於學校活動期間配合防疫措施，並且簽名

- 維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部衛生。儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。
- 倘若14天內有發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$)、咳嗽、喉嚨痛、呼吸道窘迫症狀、流鼻水、肌肉酸痛或關節酸痛等不適症狀，請立即配戴口罩，主動通報所屬系所或單位(所屬中心或隊部)後，由所屬系所或單位(所屬中心或隊部)通報醫務室，並請檢附本問卷影本1份，以協助您就醫。就醫時，請主動出示，並告知醫師旅遊史、接觸史及居住史。

本人所填資料無誤，且已詳細閱讀過以上之說明並且願意配合防護措施

簽名：_____ 日期：____年____月____日

※本健康關懷問卷正本，教職員工與兼任老師及教官或訪客由所屬系所或單位；學員生由所屬中心或隊部，留存備查。