

# 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

1090607 修訂版

※落實防疫新生活，請保持社交距離

**※校外人士進入本校，請配合門口警衛量測體溫並配戴口罩。**

姓名： \_\_\_\_\_ 聯絡電話： \_\_\_\_\_

身份證號： \_\_\_\_\_

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：

<input type="checkbox"/> 身體健康
<input type="checkbox"/> 2週內曾有 <input type="checkbox"/> 發燒(額溫或耳溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) <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 <span style="float: right;">※若目前仍有發燒症狀，請勿進入校園</span>

三、請問您一個月內是否有出國旅遊：

※若曾有國際旅遊史，居家檢疫後進入校園，請配戴口罩。

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

四、請問您一個月內的接觸風險史：

<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 一個月內自己曾為居家隔離或居家檢疫者 (進入校園請配戴口罩)
<input type="checkbox"/> 一個月內曾接觸居家隔離或居家檢疫者 (進入校園請配戴口罩)
<input type="checkbox"/> 2週內曾於醫院登記為陪病人員 (陪病期間請勿入校，已結束陪病一週內，進入校園請配戴口罩)

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