

# 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

1100825 修訂版

※落實防疫新生活，請保持社交距離，有發燒症狀，請勿進入校園

**※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"/> 嗅味覺異常 <input type="checkbox"/> 反覆就醫未癒

三、請問您一個月內是否有出國旅遊：※若有國際旅遊史，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)

五、是否接種疫苗

<input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 第一劑，____年/____月/____日， <input type="checkbox"/> 第二劑，____年/____月/____日

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