

國防部「嚴重特殊傳染性肺炎」自我健康關懷聲明卡

請確實填報此表，以保障您及家人的健康

填表(入營)年/月/日：____/____/____

姓名：_____ 性別：男 女

出生年/月/日：____/____/____

單位：_____ 級職：_____ 聯絡電話：_____

戶籍地址：_____

1. 懷疑有發燒現象者，請量體溫_____度

2. 自我評估是否出現以下症狀，並禁止進入營區：

高燒(額溫大於 37.5°C、耳溫大於 38°C)；戴口罩後立即送醫。

咳嗽。

呼吸困難或急促。

腹瀉、四肢無力及其他症狀。

嗅覺異常。

味覺異常。

無。

3. 入營日開始算起前 17 天之內，是否曾與診斷為(疑似)「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)」之個案密切接觸(密切接觸指曾照顧嚴重特殊傳染性肺炎個案、或與其共同居住、或曾直接接觸其呼吸道分泌物及體液)、或家中有與接獲中央隔離通知、快篩陽性人員同住之事實佐證及與中央公告活動軌跡重疊人員；若爆發社區傳播疫情，是否有該地區居住或旅遊史，禁止進入營區。

是→禁止進入營區。請您佩戴外科口罩，如有發燒、咳嗽等症狀或任何身體不適，請撥 1922 依指示儘速就醫。

否。

4. 入營日開始起算 17 天之內，是否曾與入境人士密切接觸(於密閉空間內，曾經有長時間(大於 15 分鐘)面對面之接觸)？

是→禁止進入營區。請您佩戴外科口罩，如有發燒、咳嗽等症狀或任何身體不適，請撥 1922 依指示儘速就醫。

否。

單位：_____ 簽名：_____

國防部關心您

如您有疑似「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)」症狀請主動通報 1922 防疫專線並依指示儘速就醫