

彰化縣立福興國民中學

因應 COVID-19(嚴重特殊傳染性肺炎)疫情健康聲明書

*請詳實填寫下列資料,並於活動當日繳回

姓名:	性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
畢業國小:	連絡電話(必填):
請問您過去 14 天是否有下列情形:	
1.發燒、咳嗽、呼吸急促(已服藥者亦需填寫「是」)?	
<input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促	
<input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅覺或味覺異常	
<input type="checkbox"/> 否	
2.是否曾至北部(台北市、新北市、基隆、桃園、苗栗)?	
<input type="checkbox"/> 是,地點:_____	
<input type="checkbox"/> 否	
3.是否曾入境或過境哪些國家或地區?	
<input type="checkbox"/> 是,國家/地區名稱:_____	
<input type="checkbox"/> 否	
4.是否為衛生主管機關列管之下列身分?	
是 <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理	
<input type="checkbox"/> 否	
簽名:_____	此健康聲明書之個人相關資料僅供防疫需求使用。
填寫日期:110 年 <u>6</u> 月 <u>16</u> 日	