

個人自主健康管理紀錄單(由個案填寫) 109.04.15

因您屬需健康管理之人員，為防範傳染擴大，並保障您自己及親友的健康，請連續14天每天測量兩次體溫(早晚各一次)確實做好自主健康管理措施：

- 一、 自主管理期間儘量於住處休養：應避免外出，如有需要外出應配戴口罩。
- 二、 另「居家檢疫」期間留在家中(或住宿地點)不外出，亦不得出境或出國。
- 三、 您是在家居家檢疫，應儘量與家人分開居住，您的共同生活者須與您一同採取適當防護措施(佩戴外科口罩與良好衛生習慣)，並儘可能保持1公尺以上距離。
- 四、 **【注意體溫及症狀】**：應於自主健康管理的14天，至E-portal→我的專區→個人自主健康管理紀錄單填寫或此份紙本紀錄。**若有發燒或疑似症狀請務必通知導師及衛保組。**
- 五、 為維持手部清潔：保持經常洗手習慣，使用肥皂或洗手乳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。
- 六、 注意呼吸道衛生及咳嗽禮節：有咳嗽等呼吸道症狀時應戴口罩，當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並丟進垃圾桶。打噴嚏時，應用面紙或手帕遮住口鼻，無面紙或手帕時，可用衣袖代替。如有呼吸道症狀，與他人交談時，請戴上口罩。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂搓手及澈底洗淨。
- 七、 如出現疑似症狀，請立即配戴口罩，並聯繫校方人員或撥打防疫專線192，切勿自行就醫。
- 八、 如有其他疑問，可撥打本校衛生保健組(日間部：22195233-6；進修部2219-5735)。
- 九、 請每日填寫下列健康狀況資料並於返校時繳回衛保組。
- 十、 違反居家檢疫規定逕自外出或搭乘大眾運輸工具者，將依「傳染病防治法」第58條、及同法第69條處新臺幣1萬至15萬元罰鍰。

自疫區入境台灣____年____月____日+14天期間____年____月____日止，進行居家檢疫，並遵守以下規定：

天數	日期	上午	下午	健康狀況
1		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
2		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
3		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
4		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
5		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
6		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
7		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
8		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
9		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
10		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
11		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
12		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
13		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似
14		度	度	<input type="checkbox"/> 發燒(>37.5°C) <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他： *當日就醫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似

★班級/單位：_____ 學號：_____ 填表人：_____

班導簽名	系辦行政助理簽名