表五、因應COVID-19疫情○○機構住民返回機構之感染風險評估表(範例)

**※請填表人務必誠實告知住民請假外出期間相關資訊**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 評估表編號  (由機構填寫， 同請假單編號) | 住民姓名 | | 房號 | 填表人 |
|  |  | |  | □本人  □親屬(關係)：  姓名：  電話： |
| 返回機構日期 | 年 月 日 時 分 | | | |
| 請假期間的 旅遊史? | 旅遊活動名稱 | 說明 | | |
| □返家居住 | 同住家人是否有「具武漢肺炎(COVID-19)感染風險」者?  □否  □是，目前正在：□居家隔離、□居家檢疫、  □自主健康管理  (到期日: 月 日) | | |
| □國內旅遊 | 地點: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □國外旅遊 | 國家: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □其他 |  | | |
| 請假期間是否曾出現右列症狀 | □無下列症狀  □發燒 □咳嗽 □喉嚨痛 □流鼻水 □腹瀉 □味覺或嗅覺異常  □呼吸急促 □倦怠 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 請假期間是否 曾經就醫? | □無  □有，就醫日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 就醫院所/科別: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 請假期間的 接觸史? | □無  □曾接觸最近1個月內自國外返國的親友/家屬  □曾出入機場、觀光景點及其他頻繁接觸外國人場所  □曾參與公眾集會或開學/畢業典禮、婚喪喜慶、運動賽事等聚眾活動  □曾近距離接觸(≦1公尺)有發燒或呼吸道症狀的人/家人/朋友 | | | |
| 填單日期 | 年 月 日 | | 填表人簽章 |  |
| 住民症狀評估  (由機構填寫) | **量測體溫\_\_\_\_\_\_\_\_\_℃** □無任何疑似感染症狀  □發燒 □咳嗽 □喉嚨痛 □流鼻水 □腹瀉 □味覺或嗅覺異常  □呼吸急促 □倦怠 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 評估日期 | 年 月 日 | | 評估者簽章  (由機構填寫) |  |