**就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **境外確診COVID-19國人返國就醫聲明事項** | | | | |
| 1. 就醫者入境後，將自機場直送收治醫院。入院時依規定進行傳染病通報採檢，並安排入住負壓隔離病房或專責病房，並依「通報個案處理流程」進行後續處置。 2. 如前項採檢結果未確診，就醫者於14天檢疫及檢疫期滿等候採檢結果期間內，應入住收治醫院安排之負壓隔離病房或專責病房，並比照疑似COVID-19個案執行照護。檢疫期滿後，需再進行1次呼吸道檢體之SARS-CoV-2核酸檢驗，陰性者經報請網區指揮官同意後可移出負壓隔離病房或專責病房或出院；並應實施7天自主健康管理。 3. 依傳染病防治法第58條規定，誠實申報就醫者健康資訊，如有拒絕、規避妨礙或填寫不實等違反事項，可依違規情形處新臺幣1萬至15萬元罰鍰；倘違規情節有致使他人感染之虞，亦須負相關刑責。 | | | | |
| **就醫者健康狀況** | | | | |
| **就醫者姓名** | | **性別**  □男□女 | **身分證號** | |
| **在臺聯絡資訊**  手機：  市話： | | **在臺聯絡地址**  戶籍地址：  實際居住地址（□同上）： | | |
| **預計抵臺時間（西元年月日24小時制）** | | | **就醫者預計入境港埠**  □松山□桃園□清泉崗□台南□小港□花蓮 | |
| 1. **COVID-19確診時間（西元年月日）：** 2. **過去14天內是否曾接觸疑似或確診COVID-19之病人？ □是 □否** 3. **過去14天內是否有發燒、呼吸道症狀（咳嗽、呼吸急促等）或以下症狀（已服藥者亦須填「是」）？**   □是（請選擇出現症狀）  □發燒 □咳嗽 □流鼻水/鼻塞 □呼吸急促 □腹瀉 □嗅、味覺異常 □全身倦怠  □四肢無力 □其他（請說明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □否 | | | | |
| **請填列過去14天內曾去過的所有國家（含港澳地區）：**  1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **是否持有搭機前3日內採檢之SARS-CoV-2核酸檢驗報告？**  □有陽性報告 □無檢驗報告（請於下方說明原因）  【無檢驗報告原因】□就醫者病況無法進行檢驗 □等待檢驗報告結果中  □啟程地為指揮中心公布無法取得COVID-19核酸檢驗報告國家  □就醫者未檢驗／其他（請說明）： | | | | |
| **立書人簽名** | **法定代理人簽名**（為就醫者之\_\_\_\_\_\_\_） | | | **簽署日期** |

**【送審文件請刪除後方範例**】

**就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **境外確診COVID-19國人返國就醫聲明事項** | | | | |
| 1. 就醫者入境後，將自機場直送收治醫院。入院時依規定進行傳染病通報採檢，並安排入住負壓隔離病房或專責病房，並依「通報個案處理流程」進行後續處置。 2. 如前項採檢結果未確診，就醫者於14天檢疫及檢疫期滿等候採檢結果期間內，應入住收治醫院安排之負壓隔離病房或專責病房，並比照疑似COVID-19個案執行照護。檢疫期滿後，需再進行1次呼吸道檢體之SARS-CoV-2核酸檢驗，陰性者經報請網區指揮官同意後可移出負壓隔離病房或專責病房或出院；並應實施7天自主健康管理。 3. 依傳染病防治法第58條規定，誠實申報就醫者健康資訊，如有拒絕、規避妨礙或填寫不實等違反事項，可依違規情形處新臺幣1萬至15萬元罰鍰；倘違規情節有致使他人感染之虞，亦須負相關刑責。 | | | | |
| **就醫者健康狀況** | | | | |
| **就醫者姓名**  ○○○ | | **性別**  ■男□女 | **身分證號**  A100000000 | |
| **在臺聯絡資訊**  手機：09xx-xxx-xxx  市話：02-xxxx-xxxx ext.x | | **在臺聯絡地址**  戶籍地址：○○市○○區○○路○段○號  實際居住地址（■同上）： | | |
| **預計抵臺日期時間（西元年月日24小時制）**  2020/01/01 23:00 | | | **就醫者預計入境港埠**  □松山■桃園□清泉崗□台南□小港□花蓮 | |
| 1. **COVID-19確診時間（西元年月日）：**2019/12/25 2. **過去14天內是否曾接觸疑似或確診COVID-19之病人？ ■是 □否** 3. **過去14天內是否有發燒、呼吸道症狀（咳嗽、呼吸急促等）或以下症狀（已服藥者亦須填「是」）？**   ■是（請選擇出現症狀）  ■發燒 □咳嗽 □流鼻水/鼻塞 □呼吸急促 □腹瀉 □嗅、味覺異常 □全身倦怠  □四肢無力 □其他（請說明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □否 | | | | |
| **請填列過去14天內曾去過的所有國家（含港澳地區）：**  1.\_\_加拿大\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **是否持有搭機前3日內採檢之SARS-CoV-2核酸檢驗報告？**  □有陽性報告 □有陰性報告 ■無檢驗報告（請於下方說明原因）  【無檢驗報告原因】□就醫者病況無法進行檢驗 □等待檢驗報告結果中  □啟程地為指揮中心公布無法取得COVID-19核酸檢驗報告國家  ■就醫者未檢驗／其他（請說明）：醫院安排時間太久（等3個月） | | | | |
| **立書人簽名**  ○○○ | **法定代理人簽名**（為就醫者之\_\_配偶\_\_）  ○○○ | | | **簽署日期**  2020/12/31 |