

編號： **嚴重特殊傳染性肺炎指定處所（居家）隔離通知書**

____先生/女士 您好：

聯絡電話： _____

身分證/居留證/護照號碼： _____

居住地址： _____

經衛生單位調查結果，因您為：

-
- 在家獲知確診者
-
-
- 解除隔離治療需再 7 天居家隔離之無症狀或輕症確診個案
-
-
- 抗原快篩陽性個案
-
-
- 其他： _____

依傳染病防治法第 44 條第 1 項規定，為了保護您和親友及大眾的健康與安全，請您於____年____月____日至____年____月____日期間進行指定處所/居家隔離，有關隔離之應遵守及注意事項如下：

一、應遵守事項

- (一) 留在家中（或嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心、地方政府指定範圍內），禁止外出，亦不得出境或出國。
- (二) 隔離期間，以 1 人 1 室（具單獨房間及衛浴）為基準；若選擇自宅或親友住所隔離者，同戶同住者日常生活仍需採取適當防護措施，包括落實佩戴口罩、遵守呼吸道衛生、勤洗手以加強執行手部衛生、保持良好衛生習慣及維持社交安全距離，且不可共食。請於隔離期間，每日早/晚各量體溫一次，自主詳實記錄體溫及健康狀況（如後附表格），並配合提供手機門號、回復雙向簡訊健康情形等必要之關懷追蹤機制（包含以手機門號進行個人活動範圍之電子監督）。隔離之個人資料沿用至隔離或自主健康管理期滿，並於結束後 28 天銷毀。
- (三) 如經安排收治在指定處所（居家）或等候安排就醫期間，請您隨時注意自身健康狀況，如出現下列警示症狀時，請立即通知所在地政府衛生局（所）或撥打 1922（緊急狀況請聯繫 119）：
 1. 無發燒（體溫 $<38^{\circ}\text{C}$ ）之情形下，心跳 >100 次/分鐘
 2. 喘或呼吸困難（呼吸速率 >30 次/分鐘，或血氧監測 $\leq 94\%$ ）
 3. 持續胸痛或胸悶
 4. 意識不清
 5. 皮膚、嘴唇或指甲床發青
 6. 無法進食、喝水或服藥
 7. 過去 24 小時無尿或尿量顯著減少
 8. 收縮壓 $<90\text{mmHg}$

二、違反上述規定者，將依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 13 條，處 2 年以下有期徒刑、拘役或新臺幣 20 萬元以上 200 萬元以下罰金。

三、如您為抗原快篩陽性個案，於後續 PCR 檢驗陰性解除隔離後，請繼續自主健康管理至採檢後 14 天。自主健康管理對象資訊均上傳至全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統提示醫事人員落實「TOCC」機制，確實詢問並記錄旅遊史 (Travel history)、職業別 (Occupation)、接觸史 (Contact history) 及是否群聚 (Cluster) 等資訊，以避免院內感染群聚事件發生。相關規範請遵循衛生福利部公告之「自主健康管理對象應遵守及注意事項」，網址：
<https://www.cdc.gov.tw/Category/NewsPage/DmymtvYDMUsWZlQwgRwTTg>。



四、違反上述自主健康管理規定者，將依傳染病防治法第 67 條裁處新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰。

五、其他注意事項

- (一) 請維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手並澈底洗淨。
- (二) 如您於取消隔離日後有出境或出國需要，請攜帶本通知書，以免移民署人員因註記系統的時間誤差，延誤您通關時間。
- (三) 如需心理諮詢服務，可撥打 24 小時免付費 1925 安心專線。
- (四) 如不服本處分者，得自本處分送達翌日起 30 日內，繕具訴願書逕送原處分機關，並由原處分機關函轉訴願管轄機關提起訴願。

個案 ID/護照號碼： _____	開始隔離日： ____年____月____日
電話： _____	取消隔離日： ____年____月____日
隔離地址： _____	
<p style="text-align: center;">訪視人員</p> 填發人簽章： _____ 聯絡電話： _____	<p>填發單位</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>單位章戳</p> </div>

上開事項地方政府衛生局已於____年____月____日以電話通知，依行政程序法第 110 條規定，台端於通知日起對上開事項發生效力，再以此書面請台端配合辦理。

體溫及健康狀況紀錄表

填表人：_____

與病例最後接觸日期：____年____月____日

日期： 月/日	體溫 早/晚	發燒 (≥38°C)	流鼻水、 鼻塞	咳嗽	呼吸 困難	嗅、味 覺異常	腹瀉	全身 倦怠	四肢 無力	當日就醫
1 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
2 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
3 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
4 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
5 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
6 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
7 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
8 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
9 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
10 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
11 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
12 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
13 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____
14 / /	/ /	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似____

嚴重特殊傳染性肺炎指定處所(居家)隔離通知書簽收聯

編號：_____

(若個案為未成年人，則送請法定代理人簽收，並向法定代理人說明程序)

受文者簽收：_____ 法定代理人簽章：_____

個案 ID/護照號碼：_____ 執行人員簽章：_____

送達說明時間：____年____月____日____時____分