**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。入院時安排入住隔離或專責病房，並依「COVID-19傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」規定進行採檢送驗；檢驗陽性者依「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」進行後續處置。 2. 如前項採檢結果未確診，遵循「居家隔離、檢疫或自主健康管理者接受醫療照護時之感染管制措施」，由收治醫院安排入住隔離或專責病房接受醫療處置，醫療照護人員比照疑似COVID-19個案執行照護。 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2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）： | | | | |
| **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（範例）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。入院時安排入住隔離或專責病房，並依「COVID-19傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」規定進行採檢送驗；檢驗陽性者依「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」進行後續處置。 2. 如前項採檢結果未確診，遵循「居家隔離、檢疫或自主健康管理者接受醫療照護時之感染管制措施」，由收治醫院安排入住隔離或專責病房接受醫療處置，醫療照護人員比照疑似COVID-19個案執行照護。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）**  2022/01/01 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）：**2021/12/20 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2日內採檢之SARS-CoV-2核酸檢驗報告？**  □有陽性報告 □有陰性報告 □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**  2021/12/30 |