

嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情期間 國際緊急醫療專機轉送國人返國就醫申請作業原則

衛生福利部疾病管制署

2020 年 08 月 11 日初訂 1 版
2020 年 09 月 10 日修訂 2 版
2020 年 11 月 12 日修訂 3 版
2021 年 02 月 09 日修訂 4 版
2021 年 06 月 14 日修訂 4.1 版
2022 年 02 月 11 日修訂 5 版
2022 年 03 月 18 日修訂 5.1 版
2022 年 05 月 07 日修訂 5.2 版

壹、前言

當前全球 COVID-19 疫情嚴峻，防疫期間應避免非必要之出國旅行，民眾於出境前，應確實評估所赴國家（地區）相關風險及是否有出境之必要。為強化 COVID-19 疫情期間防疫措施，減少境外移入個案發生，降低國內社區及醫院傳播風險，嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（以下稱指揮中心）實施相關邊境管制措施。倘國人於境外因意外傷害或緊急危難狀況，須以國際緊急醫療專機接運返國就醫時，得委請國際醫療轉送機構、航空公司或國內收治醫院向指揮中心提出專案申請返國就醫。為使相關機構及人員得以依循，特訂定本作業原則。

貳、適用對象

本作業原則適用於 COVID-19 疫情期間，擬申請以國際緊急醫療專機（含醫療包機）接運返國就醫之本國籍傷病患（以下稱就醫者）及隨行親屬（以下稱伴醫者）；協助轉送就醫者之國際醫療轉送機構及航空公司；返國後負責收治就醫者之醫院（以下稱收治醫院）；以及其他參與就醫者轉送過程之相關人員（例如醫護人員、機組人員等，以下稱轉送小組）。

如為 COVID-19 疫情期間之境外確診 COVID-19 國人，倘因不符合指揮中心公布之境外確診國人返國條件，擬申請以專機形式返國就醫時，請另依循「境外確診嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）國人專案返國就醫作業原則」辦理。

參、條件及限制

- 一、就醫者需為本國籍人士。
- 二、伴醫者至多以 2 人為原則，非本國籍人士時，請於取得返國就醫許可後，逕向相關主管機關申請入境許可。
- 三、入境之醫護人員須已完成接種 COVID-19 疫苗追加劑達 14 天（含）以上；入境之機組人員優先派遣已完成接種 COVID-19 疫苗追加劑達 14 天（含）以上。
- 四、就醫者之返國就醫專案申請，由我國已登記立案之國際醫療轉送機構、航空公司或國內收治醫院等機關（構）、團體或事業（以下稱申請機構），向衛生福利部疾病管制署（以下稱疾管署）提出。就醫者或其親屬等可先向保險公司確認承保範疇；或自行與前開申請機構聯繫；或洽詢我國於當地之駐外機構或外交部緊急聯絡中心等，由其協助媒合前開申請機構。
- 五、申請機構應備妥相關申請文件，函向疾管署申請就醫者之返國就醫許可。俟取得返國就醫許可後，由航空公司向民航主管機關辦理後續相關許可（作業流程如附件 1）。
- 六、申請機構於工作日送件，疾管署原則於收案後 48 小時內完成審查（不含補正所需時間）。
- 七、申請機構於取得就醫者之返國就醫許可後，如因天候或飛航安全等不可抗力因素而須異動專機入境日時，得寬限於原許可入境日之前後 5 日內完成入境（如原許可入境日為 1 月 10 日，則寬限期為 1 月 5 日至 1 月 15 日）。申請機構應儘速以電子郵件及電話通知疾管署窗口，倘無法於寬限期內完成入境時，申請機構須具文函向疾管署辦理變更許可。

肆、申請應備文件（如附件 2）

一、聲明事項暨個人健康狀況說明（格式及填報範例如附件 3）：

（一）填報對象：就醫者、伴醫者。

（二）文件填報內容：

1. 聲明事項。

2. 個人基本資料暨健康狀況說明。
3. 搭機前 2 日內之呼吸道檢體檢驗新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）核酸檢驗報告（以下稱檢驗報告）持有情形。

【備註】

有關 COVID-19 入境檢疫措施及搭機前檢附核酸檢驗報告相關規定，依指揮中心公布政策辦理，相關規定請至衛生福利部疾病管制署全球資訊網首頁(<http://www.cdc.gov.tw>)之「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)」防疫專區＞邊境檢疫項下查閱。

二、健康證明文件

（一）就醫者之病歷或醫療診斷書等：

1. 由當地醫療機構醫師或國際醫療轉送機構醫師開立。
2. 病歷內容應至少登載送審日期（含）前 14 天內之醫療紀錄；醫療診斷書之開立日期，應為送審日期（含）前 14 天內。

（二）就（伴）醫者之搭機前 2 日內檢驗報告：

1. 由啟程地之主管機關或醫療機構開具。
2. 檢驗報告書寫語言原則為英文、中文或中英對照版本，其格式與簽章依據啟程地衛生主管機關規定辦理；報告內容需登載就（伴）醫者之護照姓名、出生年月日（或護照號碼）、採檢日、疾病名稱、檢驗方法及判讀結果等項目。
3. 搭機前「2 日內」檢驗報告之日期計算原則：
 - (1) 以「採檢日」計算，自啟程地表定航班時間（不含搭機當日），往前推算 2 個「日曆日」；當地政府之國定例假日需列計。
 - A. 搭機日原則為疾管署核發之返國就醫許可函登載之核准入境日。
 - B. 因故如須於異動寬限期內入境時，應依異動後入境日重新計算檢驗報告開立日期區間。

(2) 若旅客持有之 COVID-19 核酸檢驗報告僅有「報告日」而無「採檢日」，則該報告不符合規定。

4. 檢驗報告請於搭機前及入境時提供相關人員確認；因故（如就醫者病況緊急或境外醫療機構檢驗時程延宕等）無法提供檢驗報告時，應於事前告知申請機構，並於「聲明事項暨個人健康狀況說明」詳實說明。

三、入境防疫計畫書（格式及填報範例如附件 4）：

（一）填報內容：

1. 收治醫院、國際醫療轉送機構及航空公司基本資料。
2. 入境人員資料及相關防疫規劃：包括入境人員名單及完成 COVID-19 疫苗接種情形、防疫交通規劃、檢疫住所資訊、聯絡人資訊及就醫者住院期間之感染管制防疫措施等。

（二）申請機構應先與收治醫院及航空公司等，確認入境防疫計畫書各項填報內容後，再向疾管署提出申請。俟取得就醫者之返國就醫許可後，依所提入境防疫計畫書，進行相關人員之居家檢疫、防疫交通接送及採檢安排等防疫措施。

（三）收治醫院應事先妥為規劃相關感染管制措施、人員檢疫安排及動線規劃等，並落實各項防護措施。

四、國際緊急醫療專機轉送計畫書（格式及填報範例如附件 5）：

（一）填報內容包括：國際醫療轉送機構聯絡資訊、轉送行程計畫表、參與轉送任務之人員名單、個人防護裝備及備品資訊、相關人員著裝內容等。

（二）專機於各港埠之抵達及起飛時間，均為當地時間。

五、嚴重特殊傳染性肺炎檢驗報告授權同意書（格式及填報範例如附件 6）：

（一）適用對象：就醫者、伴醫者。

（二）同意收治醫院將就醫者及伴醫者於入境後進行之呼吸道檢體 SARS-CoV-2 核酸檢驗結果，提供所轄疾管署分區管制中心，以利後續辦理居家檢疫日數縮短審核作業。

六、其他必要文件：配合指揮中心政策調整所需提供文件。

伍、轉送作業注意事項

- 一、申請機構於取得相關主管機關許可後，派遣轉送小組自我國出發至境外執行轉送任務；或通知直接於境外起飛之轉送小組啟程返臺。
- 二、為自我國出發前往之專機，於抵達境外當地機場後，以「當班往返不入境、不離開機坪、不與當地人員接觸」為原則：
 - （一）轉送小組活動範圍以當地機場機坪為限，如需離開機坪進入航站或過境區時，視為入境當地。
 - （二）轉送小組應盡量避免離機，減少與當地人員直接接觸。
 - （三）遇有緊急狀況（如：天災或病人情況危急致無法搭機等）執行任務須滯留國外時，需依循「國籍航空公司實施機組人員防疫健康管控措施作業原則」，以避免與當地民眾接觸，減少境外感染之風險。
- 三、轉送小組於境外當地機場進行機邊人員交接時，應逐項確認以下事項：
 - （一）就（伴）醫者之身分。
 - （二）就（伴）醫者是否出具檢驗報告。
 - （三）就（伴）醫者是否出現疑似 COVID-19 臨床症狀，包括發燒、呼吸道症狀、嗅（味）覺異常或不明原因之腹瀉等。
 - （四）評估就醫者當下之臨床病況，是否適合進行後續空中轉送作業，如有疑慮時，宜暫停或取消本次轉送任務。
- 四、轉送小組於接收就（伴）醫者時及其後之航程，應全程穿戴適當個人防護裝備：
 - （一）醫護人員、有接觸就醫者之機組人員及伴醫者：穿戴 N95 口罩、手套、髮帽、護目裝備（例如全面罩或護目鏡）及隔離衣。
 - （二）全程不接觸就醫者之機組人員：穿戴醫用/外科口罩、手套、護目裝備（例如全面罩或護目鏡）及隔離衣。
 - （三）落實手部衛生、呼吸道衛生與咳嗽禮節。
 - （四）轉送小組之個人防護裝備使用，應依循相關感染管制原則進行穿戴及脫除。

陸、入境檢疫事項

一、擬入境之機上人員（包含轉送小組、就醫者及伴醫者等），於機邊進行 CIQS（Customs、Immigration、Quarantine、Security）入境程序。

二、入境人員居家檢疫要求：

（一）就醫者：

1. 完成機邊檢疫及入境程序後，搭乘位於機坪之救護車直送收治醫院。

2. 入院時，收治醫院依「COVID-19 傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」進行就醫者之採檢送驗事宜，並於完成前開程序後，將通報編號通知轄管疾管署區管中心。

3. 就醫者確診為 COVID-19 時，收治醫院依循「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」辦理相關事宜。

4. 如就醫者未確診 COVID-19，應自入境日起依「具感染風險民眾追蹤管理機制」進行居家檢疫，並於期滿後持續進行自主健康管理。

(1) 就醫者於收治醫院接受醫療處置時，應遵循「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」規定，由收治醫院安排入住隔離或專責病房；醫療照護人員並比照疑似 COVID-19 個案執行照護。

(2) 居家檢疫期滿前病況穩定得出院時，應依地方衛生局指定之方式返回其檢疫處所，等待居家檢疫期滿。

（二）伴醫者：

1. 入境時有疑似 COVID-19 相關症狀者，應通報採檢。

2. 入境後應依「具感染風險民眾追蹤管理機制」實施居家檢疫及自主健康管理，期間有疑似 COVID-19 相關症狀者，應聯繫地方政府衛生局協助後續就醫安排。

3. 伴醫者非需入院陪病時，原則於入境時採檢，倘無法配合時，入境後由收治醫院安排進行 1 次自費呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗，方轉往檢疫住所。需緊急入院陪病時，由收治醫院於入院時採集檢體進行酸檢測，可視醫療需求同時加採抗原檢測，檢驗費用得由公費支應，惟限 1 名。倘其符合「嚴重特殊傳染性肺炎」通報定義時，依循「COVID-19 傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」進行採檢送驗。
4. 伴醫者確診為 COVID-19 時，收治醫院依循「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」辦理相關事宜。
5. 伴醫者於居家檢疫及自主健康管理期間，勿至醫院探病。但因緊急需求，於居家檢疫第 1 天(含)以後或自主健康管理期間無症狀者，可依「開放民眾自費檢驗 COVID-19 申請規定」向地方衛生單位提出申請，自費採檢陰性後至醫院探病。

(三) 醫護人員：

1. 入境時有疑似 COVID-19 相關症狀者，依「COVID-19 傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」進行採檢送驗。檢驗結果陰性者須進行居家檢疫，期滿後進行自主健康管理（通知書範例如附件 7）。
2. 入境時無疑似 COVID-19 相關症狀者，依「具感染風險民眾追蹤管理機制」執行居家檢疫及自主健康管理：
 - (1) 境外有入境當地或離開機坪：依「具國外旅遊史者」執行居家檢疫，期滿後進行自主健康管理。
 - (2) 境外無入境當地且未離開機坪：入境後追蹤管理天數係依「具國外旅遊史者」之居家檢疫及後續自主健康管理期間合計，前 7 天執行居家檢疫，期滿後進行自主健康管理。
 - (3) 境外無入境當地且未離開機坪，並符合以下條件時可縮短居家檢疫日數，其入境後追蹤管理天數係依「具國外

旅遊史者」之居家檢疫及後續自主健康管理期間合計，前 5 天執行居家檢疫，期滿後實施自主健康管理。

A. 就（伴）醫者可出具搭機前 2 日內之檢驗陰性報告。

B. 就（伴）醫者於入境後之呼吸道檢體 SARS-CoV-2 核酸檢驗結果為陰性。

3. 居家檢疫期間遵循事項：

(1) 勿至醫院上班或執行勤務。

(2) 應持續監測健康狀況：

A. 如有疑似 COVID-19 相關症狀時，應立即通知地方政府衛生局及所屬服務單位，並配合後續相關就醫安排。

B. 倘就醫後之通報採檢結果為陰性時，依原訂檢疫期間繼續居家檢疫（例如入境無症狀及境外無入境當地且未離開機坪之醫護人員，居家檢疫期間為 1 月 1 日至 1 月 8 日，但於 1 月 3 日出現症狀就醫並通報採檢，1 月 5 日確認檢驗結果陰性後，可返家繼續居家檢疫至 1 月 8 日）。

(3) 為縮短居家檢疫日數者，倘就（伴）醫者於入境後之呼吸道檢體 SARS-CoV-2 核酸檢驗結果為陽性時，回復為 7 天居家檢疫，並依地方衛生單位疫調結果辦理接觸者匡列等事宜。

4. 於自主健康管理期間返回工作者，遵循「因應 COVID-19 疫情醫療照護工作人員自主健康管理期間返回工作建議」辦理。

5. 如就醫者病況需要，醫護人員可一同搭乘位於機坪之救護車，護送就醫者直送收治醫院。

6. 自異地出境返回我國或入境我國之醫護人員，依「具國外旅遊史者」執行居家檢疫，期滿後進行自主健康管理。

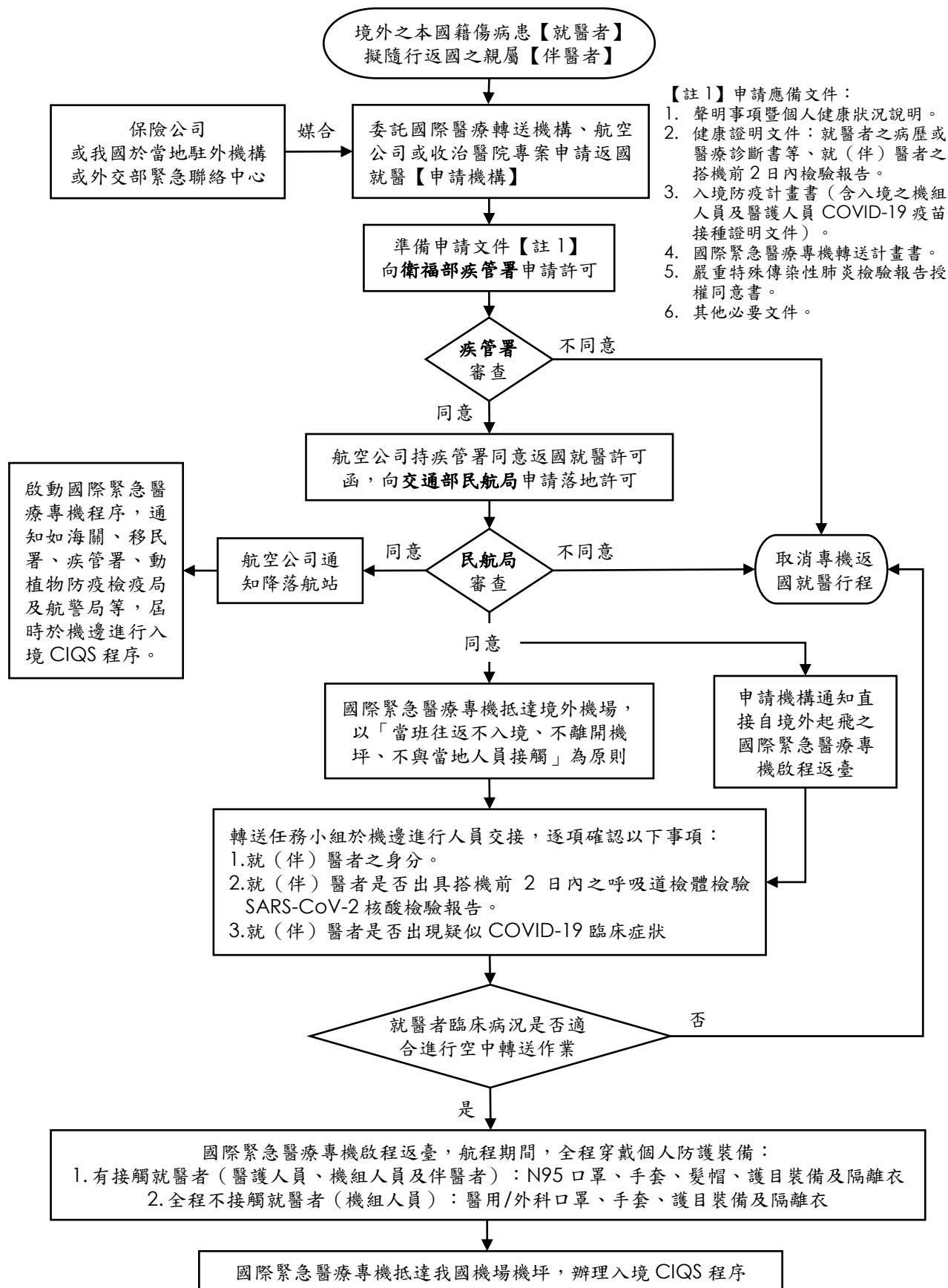
7. 外國籍航空器之醫護人員擬入境我國時，依循相關主管機關規定辦理；如需過境我國時，依循「外籍航空器機組員暨航班遇特殊情況人員過境入住防疫旅宿計畫」規定辦理。

(四) 機組人員：依「國籍航空公司實施機組人員防疫健康管控措施作業原則」辦理。

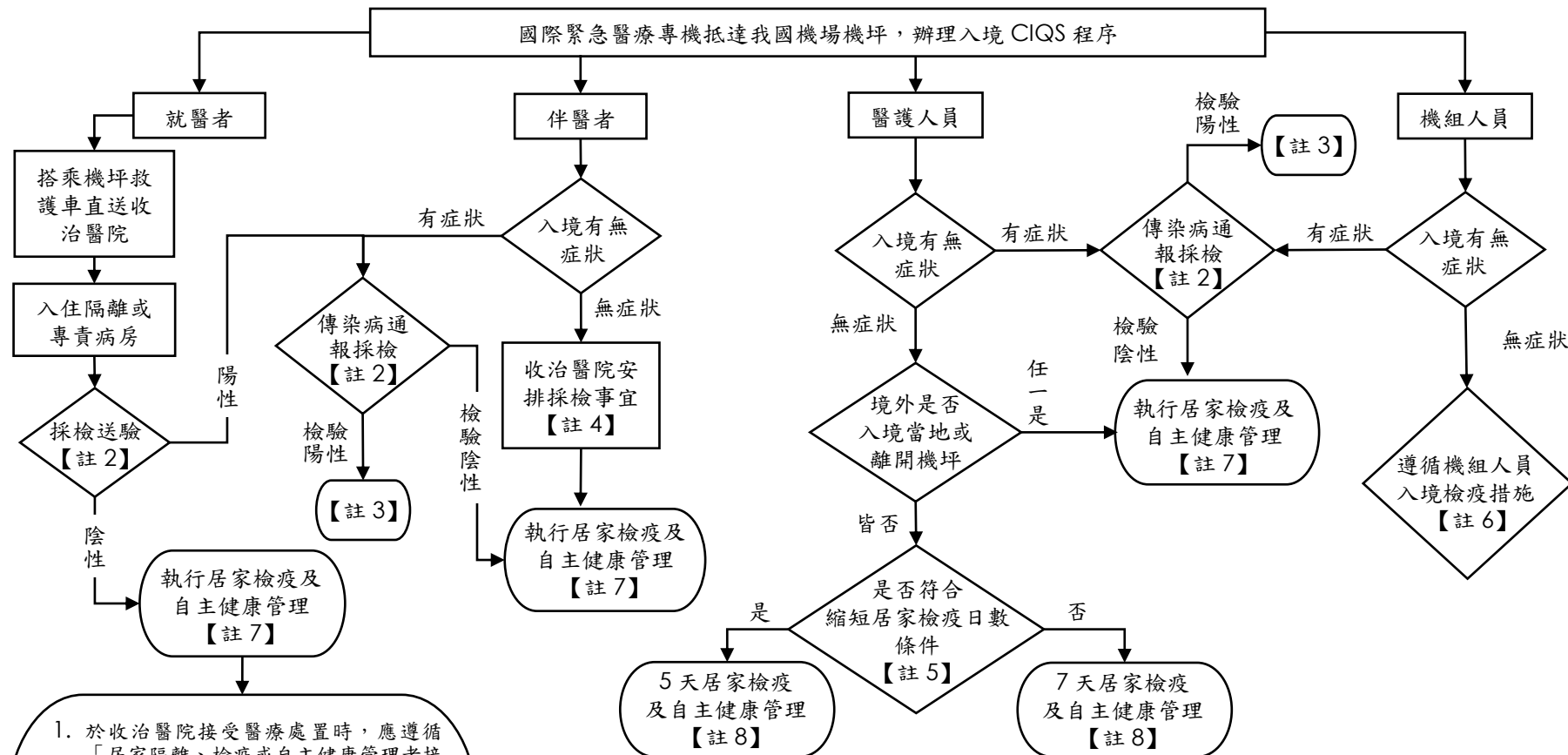
柒、其他說明事項

一、申請機構提供之申請文件或相關說明，不得有偽造、不實或有隱匿、規避造成誤導判定之嫌疑。如申請文件登載不實或未能落實相關防護措施，除將針對相關人員進行必要之檢疫措施外，另對相關機構之後續申請案將從嚴審核；並得依違反傳染病防治法第 58 條規定，視違規情節依同法第 69 條規定處新臺幣 1 萬至 15 萬元罰鍰。

附件 1、嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情期間 國際緊急醫療專機轉送國人返國就醫申請流程



附件 1 (續)、國際緊急醫療專機人員返國居家檢疫日數判斷流程



1. 於收治醫院接受醫療處置時，應遵循「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」規定，安排入住隔離或專責病房，醫療照護人員比照疑似 COVID-19 個案執行照護。
2. 居家檢疫期滿前得出院時，依地方衛生局指定之方式返回其檢疫處所，等待居家檢疫期滿。

【註 2】依「COVID-19 傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」規定。

【註 3】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」辦理。

【註 4】伴醫者非需入院陪病時，由收治醫院安排進行 1 次自費呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗；需緊急入院陪病時，由收治醫院於入院時採集檢體進行酸檢測，可視醫療需求同時加採抗原檢測（檢驗費用得由公費支應，惟限 1 名）。倘其符合嚴重特殊傳染性肺炎通報定義時，依循「COVID-19 傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」進行採檢送驗。

【註 5】縮短居家檢疫日數條件：1.就（伴）醫者可出具搭機前 2 日內之呼吸道檢體 SARS-CoV-2 核酸檢驗檢驗陰性報告；2.就（伴）醫者入境後之呼吸道檢體 SARS-CoV-2 核酸檢驗結果為陰性。

【註 6】依「國籍航空公司實施機組人員防疫健康管控措施作業原則」辦理。

【註 7】依「具感染風險民眾追蹤管理機制」規定。

【註 8】入境後追蹤管理天數係依「具感染風險民眾追蹤管理機制」中「具國外旅遊史者」之居家檢疫及後續自主健康管理期間合計。前 5 天或 7 天執行居家檢疫，期滿後進行自主健康管理。

附件 2、申請文件一覽表

文件名稱		適用對象	登載內容	說明
聲明事項暨個人健康狀況說明		就醫者 伴醫者	一、聲明事項 二、個人基本資料暨健康狀況說明。 三、搭機前 2 日內之呼吸道檢體檢驗 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告持有情形。	
健康證明文件	病歷或醫療診斷書	就醫者	就醫者於送審日期（含）前 14 天內之醫療紀錄。	一、由當地醫療機構或國際醫療轉送機構醫師開立。 二、文件開立日期應為送審日期（含）前 14 天內。
	搭機前 2 日內之呼吸道檢體檢驗 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告	就醫者 伴醫者	需登載就（伴）醫者之護照姓名、出生年月日（或護照號碼）、採檢日及報告日、疾病名稱、檢驗方法及判讀結果等項目。	一、由啟程地之主管機關或醫療機構開具。 二、檢驗報告書寫語言原則為英文、中文或中英對照版本。 三、以「採檢日」計算，自啟程地表定航班時間（不含搭機當日），往前推算 2 個「日曆日」；當地政府之國定例假日需列計。 四、於搭機前及入境時提供相關人員確認。

文件名稱	適用對象	登載內容	說明
入境防疫計畫書	—	一、收治醫院、國際醫療轉送機構及航空公司基本資料。 二、入境人員資料及相關防疫規劃：包括入境人員名單及完成 COVID-19 疫苗接種情形、防疫交通規劃、檢疫住所資訊、聯絡人資訊及就醫者住院期間之感染管制防疫措施。	
國際緊急醫療專機轉送計畫書	—	國際醫療轉送機構聯絡資訊、轉送行程計畫表、參與轉送任務之人員名單、個人防護裝備及備品資訊、相關人員著裝內容。	專機於各港埠之抵達及起飛時間，均為當地時間。
嚴重特殊傳染性肺炎檢驗報告授權同意書	就醫者 伴醫者	同意收治醫院將就（伴）醫者於入境後進行採檢之通報編號或檢驗結果，提供相關主管機關。	主管機關包括： 一、疾病管制署。 二、就醫者收治醫院所在地之衛生局。 三、就醫者、伴醫者、醫護人員及機組人員檢疫住所地之衛生局。

附件 3、聲明事項暨個人健康狀況說明（格式）

國人返國就醫聲明事項			
一、就醫者入境後，將自機場直送收治醫院。入院時依規定進行採檢送驗，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。 二、伴醫者入境時有疑似 COVID-19 相關症狀應通報採檢；入境後實施居家檢疫，其中非需入院陪病者，由收治醫院安排進行自費呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗；需緊急入院陪病者，則於入院時採集檢體進行核酸檢測，可視醫療需求同時加採抗原檢測。倘符合「嚴重特殊傳染性肺炎」通報定義時，依相關規定採檢送驗。 三、依傳染病防治法第 58 條規定，誠實申報個人健康資訊，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。			
個人健康狀況			
姓名	性別 ☐ 男 ☐ 女	身分別 ☐ 就醫者 ☐ 伴醫者（國籍：_____）	身分證號/護照號碼
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（伴）醫者預計入境港埠 ☐ 松山 ☐ 桃園 ☐ 清泉崗 ☐ 台南 ☐ 小港 ☐ 花蓮	
入臺目的： ☐ 本人就醫（疾病名稱：_____） ☐ 陪伴就醫（與就醫者之關係：_____）			
過去 14 天內是否有發燒、呼吸道症狀或以下症狀（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			
過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19 之病人？ ☐ 是 ☐ 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 日內之呼吸道檢體檢驗 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告： ☐ 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

聲明事項暨個人健康狀況說明（就醫者填報範例）

國人返國就醫聲明事項			
一、就醫者入境後，將自機場直送收治醫院。入院時依規定進行採檢送驗，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。 二、伴醫者入境時有疑似 COVID-19 相關症狀應通報採檢；入境後實施居家檢疫，其中非需入院陪病者，由收治醫院安排進行自費呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗；需緊急入院陪病者，則於入院時採集檢體進行核酸檢測，可視醫療需求同時加採抗原檢測。倘符合「嚴重特殊傳染性肺炎」通報定義時，依相關規定採檢送驗。 三、依傳染病防治法第 58 條規定，誠實申報個人健康資訊，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。			
個人健康狀況			
姓名 <u>王○○</u>	性別 ☒ 男 ☐ 女	身分別 ☒ 就醫者 ☐ 伴醫者（國籍： <u> </u> ）	身分證號/護照號碼 <u>A100000000</u>
在臺聯絡資訊 手機： <u>09xx-xxx-xxx</u> 市話： <u>02-xxxx-xxxx</u>		在臺聯絡地址 戶籍地址： <u>○○市○○區○○路○段○號</u> 實際居住地址（ ☐ 同上）： <u>○○市○○區○○路○段○號</u>	
預計抵臺時間（西元年月日 24 小時制） <u>2022/01/15 16:30</u>		就（伴）醫者預計入境港埠 ☐ 松山 ☒ 桃園 ☐ 清泉崗 ☐ 台南 ☐ 小港 ☐ 花蓮	
入臺目的： ☒ 本人就醫（疾病名稱： <u>敗血症</u> ） ☐ 陪伴就醫（與就醫者之關係： <u> </u> ）			
過去 14 天內是否有發燒、呼吸道症狀或以下症狀（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） <u> </u> ☐ 否			
過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19 之病人？ ☐ 是 ☒ 否			
請填列過去 14 天內曾去過的所有國家（含港澳地區）： 1. <u>中國廣東</u> 2. <u> </u> 3. <u> </u>			
是否持有搭機前 2 日內之呼吸道檢體檢驗 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告： ☐ 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）： <u> </u>			
立書人簽名 <u>林○○</u>		法定代理人簽名（為就醫者之 <u>配偶</u> ） <u>林○○</u>	
		簽署日期 <u>2022/01/10</u>	

聲明事項暨個人健康狀況說明（伴醫者填報範例）

國人返國就醫聲明事項			
一、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，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負壓隔離病房或專責病房接受醫療處置，並比照疑似 COVID-19 個案執行照護。 二、伴醫者入境時有疑似 COVID-19 相關症狀應通報採檢；入境後實施居家檢疫，其中非需入院陪病者，由收治醫院安排進行自費呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗；需緊急入院陪病者，則於入院時採集檢體進行核酸檢測，可視醫療需求同時加採抗原檢測。倘符合「嚴重特殊傳染性肺炎」通報定義時，依相關規定採檢送驗。 三、依傳染病防治法第 58 條規定，誠實申報個人健康資訊，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。			
個人健康狀況			
姓名 <u>林○○</u>	性別 ☐ 男 ☒ 女	身分別 ☐ 就醫者 ☒ 伴醫者（國籍： <u>中華民國</u> ）	身分證號/護照號碼 <u>B200000000</u>
在臺聯絡資訊 手機： <u>09xx-xxx-xxx</u> 市話： <u>02-xxxx-xxxx</u>		在臺聯絡地址 戶籍地址： <u>○○市○○區○○路○段○號</u> 實際居住地址（ ☐ 同上）： <u>○○市○○區○○路○段○號</u>	
預計抵臺日期（西元年月日 24 小時制） <u>2022/01/15 16:30</u>		就（伴）醫者預計入境港埠 ☐ 松山 ☒ 桃園 ☐ 清泉崗 ☐ 台南 ☐ 小港 ☐ 花蓮	
入臺目的： ☐ 本人就醫 ☒ 陪伴就醫（與就醫者之關係：配偶）			
過去 14 天內是否有發燒、呼吸道症狀或以下症狀（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			
過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19 之病人？ ☐ 是 ☒ 否			
請填列過去 14 天內曾去過的所有國家（含港澳地區）： 1. <u>中國廣東</u> 2. _____ 3. _____			
是否持有搭機前 2 日內之呼吸道檢體檢驗 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告： ☐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 <u>林○○</u>		法定代理人簽名（為就醫者之_____）	簽署日期 <u>2022/01/10</u>

附件 4、入境防疫計畫書（格式）

申請日期： 年 月 日

壹、相關機構基本資料

單位	機構名稱	聯絡窗口	聯絡電話	電子郵件
收治醫院				
轉送機構				
航空公司				

【備註】疾管署受理審查過程中如有須確認事項，將與提供之聯絡窗口聯繫。

貳、入境我國之就（伴）醫者防疫資料

一、入境人員名單暨基本資料

（一）就醫者

姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生 年月日	
在臺連絡電話	手機： 市話：			身分證 字號	
在臺地址	戶籍地址				
	實際居住地	（ ☐ 同上）			

（二）伴醫者

☐本次無伴醫者隨行【請刪除下表】

姓名	國籍	身分證字號 ／護照號碼	與就醫 者關係	在臺 聯絡電話	在臺 實際居住地

二、「伴醫者」入境防疫規劃

☐本次無伴醫者隨行【請刪除下表】

（一）伴醫者入境採檢方式及交通規劃

姓名	入境檢驗方式	交通規劃

【備註】伴醫者入境後，非需入院陪病時，原則於入境時採檢，倘無法配合時，由收治醫院安排進行 1 次呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗，方轉往檢疫住所。

（二）伴醫者檢疫住所資訊

伴醫者	階段	檢疫住所地址
	居家檢疫 (年 月 日 ~ 月 日)	☐ 同在臺實際居住地 ☐ 其他(請說明):
	自主健康管理 (年 月 日 ~ 月 日)	☐ 同在臺實際居住地 ☐ 其他(請說明):

三、「就醫者」在院期間病房資訊

階段	隔離病房／專責病房資訊
居家檢疫 (年 月 日 ~ 月 日)	▶ 醫院名稱： ▶ 醫院地址： ▶ 病房：☐隔離病房☐專責病房☐負壓隔離病房 ▶ 病房號(非必填)：_____ ☐待確認
自主健康管理 (年 月 日 ~ 月 日)	☐續住同病房 (年 月 日~ 月 日) ☐轉至_____病房 (年 月 日~ 月 日) ☐出院 ▶ 請填出院後自主健康管理場所地址： ☐同實際居住地 ☐同戶籍地 ☐其他(請說明)：

【備註】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」規定辦理。

四、就醫者在臺緊急聯絡人資訊

階段	姓名	與就醫者關係	聯絡電話（手機／市話）	備註
返臺前				
返臺後 (☐ 同上)				

五、就醫者在院期間感染管制措施

日期	流程	備註

【備註】

- 應說明就醫者於入境後之採檢程序安排、院內動線規劃、相關可能進程序之感染管制措施等。
- 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。

六、其他補充說明事項

☐無

參、專機醫護人員及機組人員入境情形及防疫規劃

一、本次專機行程共安排醫護人員__名及機組人員__名。

二、本次專機之醫護人員及機組人員入境我國情形【可複選】：

☐均不入境【後方第三點至第八點免填】

☐均過境 ☐部分過境【請填▶處，後方第三點至第八點免填】

▶請提供過境旅館及預計離境日期：

☐部分入境 ☐均入境【續填第三點至第八點】

三、專機醫護人員及機組入境人員名單

姓名	身分別	國籍	身分證字號／護照號碼	服務單位	預計境外入境及離開機坪情形
	☐ 醫護 ☐ 機組				入境： ☐ 有 ☐ 無 離開機坪： ☐ 有 ☐ 無

姓名	身分別	國籍	身分證字號 ／護照號碼	服務單位	預計境外入境及離開 機坪情形
	☐ 醫護 ☐ 機組				入境： ☐ 有 ☐ 無 離開機坪： ☐ 有 ☐ 無

四、專機醫護人員及機組入境人員完成 COVID-19 疫苗接種情形

姓名	身分別	COVID-19 疫苗			接種日期
	☐ 醫護 ☐ 機組	基礎劑	第 1 劑 疫苗廠牌		年 月 日
			第 2 劑 疫苗廠牌		年 月 日
			基礎加強劑 疫苗廠牌		年 月 日
		追加劑	疫苗廠牌		年 月 日
	☐ 醫護 ☐ 機組	基礎劑	第 1 劑 疫苗廠牌		年 月 日
			第 2 劑 疫苗廠牌		年 月 日
			基礎加強劑 疫苗廠牌		年 月 日
		追加劑	疫苗廠牌		年 月 日

五、入境人員之防疫規劃

人員類別	入境港埠	交通規劃(含接駁區間/行程)

【備註】機組人員填報之接駁區間原則為「機場至檢疫住所」；醫護人員如須隨救護車運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至醫院至檢疫住所」，不用運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至檢疫住所」。

六、居家檢疫及自主健康管理期間住所資訊

人員	階段	預計期間	檢疫住所地址
	居家檢疫	年 月 日～ 月 日	
	自主健康管理	年 月 日～ 月 日	
	自我健康監測	年 月 日～ 月 日	

七、聯絡人資訊

窗口	姓名	聯絡電話	電子郵件	備註
醫護人員				
機組人員				

【備註】請提供相關人員之聯絡窗口，以利相關事項聯繫。

八、居家檢疫及自主健康管理期間防疫措施

人員	階段	防疫措施	備註
醫護人員	居家檢疫		
	自主健康管理		
機組人員	居家檢疫		
	自主健康管理		
	自我健康監測		

【備註】請說明醫護人員及機組人員於入境後之防疫措施安排等（包含縮短居家檢疫後於返回工作前之採檢措施安排）。

九、其他補充說明事項

☐ 無

附件 4、入境防疫計畫書（範例）

申請日期：○年○月○日

【備註】本範例內容依指揮中心邊境檢疫政策滾動式修正。

壹、相關機構基本資料

單位	機構名稱	聯絡窗口	聯絡電話	電子郵件
收治醫院	○○醫院	○○○	09xx-xxx-xxx、 02-xxxx-xxxx#xxxx	abc@gmail.com
轉送機構	○○機構	○○○	09xx-xxx-xxx、 02-xxxx-xxxx#xxxx	abc@gmail.com
航空公司	○○航空公司	○○○	09xx-xxx-xxx、 02-xxxx-xxxx#xxxx	abc@gmail.com

【備註】疾管署受理審查過程中如有須確認事項，將與提供之聯絡窗口聯繫。

貳、入境我國之就（伴）醫者防疫資料

一、入境人員名單暨基本資料

（一）就醫者

姓名	王○○	性別	☒ 男 ☐ 女	出生年月日	YYYY/MM/DD
在臺連絡電話	手機：09xx-xxx-xxx 市話：02-xxxx-xxxx			身分證字號	A100000000
在臺地址	戶籍地址	○○市○○區○○路○號			
	實際居住地	（ ☐ 同上）○○市○○區○○路○號			

（二）伴醫者

☐本次無伴醫者隨行【請刪除下表】

姓名	國籍	身分證字號／護照號碼	與就醫者關係	在臺連絡電話	在臺實際居住地
林○○	中華民國	B200000000	配偶	02-xxxx-xxxx	○○市○○區 ○○路○號

二、「伴醫者」入境防疫規劃

☐ 本次無伴醫者隨行【請刪除下表】

(一) 伴醫者入境採檢方式及交通規劃

姓名	入境檢驗方式	交通規劃
林○○	於機場採檢	搭乘防疫計程車至居家檢疫住所。

【備註】伴醫者入境後，非需入院陪病時，原則於入境時採檢，倘無法配合時，由收治醫院安排進行1次呼吸道檢體之SARS-CoV-2核酸檢驗，方轉往檢疫住所。

(二) 伴醫者檢疫住所資訊

伴醫者	階段	檢疫住所地址
林○○	居家檢疫 (111年1月1日 ~1月8日)	☐ 同在臺實際居住地 ☒ 其他(請說明): ○○hotel
	自主健康管理 (111年1月9日 ~1月15日)	☒ 同在臺實際居住地 ☐ 其他(請說明):

三、「就醫者」在院期間病房資訊

階段	隔離病房／專責病房資訊
居家檢疫 (111年1月1日 ~1月8日)	▶ 醫院名稱: ○○醫院 ▶ 醫院地址: ○○市○○區○○路○號 ▶ 病房: ☐ 隔離病房 ☒ 專責病房 ☐ 負壓隔離病房 ▶ 病房號(非必填): ☒ 待確認
自主健康管理 (111年1月9日 ~1月15日)	☐ 續住同病房 (年 月 日 ~ 月 日) ☐ 轉至 _____ 病房 (年 月 日 ~ 月 日) ☒ 出院 ▶ 請填出院後自主健康管理場所地址: ☒ 同實際居住地 ☐ 同戶籍地 ☐ 其他(請說明):

【備註】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」規定辦理。

四、就醫者在臺緊急聯絡人資訊

階段	姓名	與就醫者關係	聯絡電話	備註
返臺前	王○○	父子	09xx-xxx-xxx	
返臺後 (☐ 同上)	林○○	配偶	09xx-xxx-xxx	

五、就醫者在院期間感染管制措施

日期	流程	備註
1/1 入院首日	- 就醫者入境時於機邊進行檢疫及入境程序；完成後搭乘○○醫院/○○機構派遣之救護車由機坪直送收治醫院。 - 救護車駕駛及隨車救護人員，均穿著適當個人防護裝備，包括 N95 口罩、手套、面罩及隔離衣。 ○○醫院/○○機構已告知前開人員本次任務之相關風險。 - 救護車於結束載運任務後將進行清消作業，俟完成後再進行新載運任務。 - 就醫者抵達醫院： - 依據院內 COVID-19 相關感控作業程序，將就醫者依規劃動線移至隔離病房/專責病房/負壓隔離病房。 - 進行個人資料建檔、體溫量測、TOCC 確認及通報採檢作業。 - 依「COVID-19 傳染病通報及送檢驗新流程說明及注意事項」進行採檢送驗事宜。 - 就醫者傳染病通報編號(有通報)或檢驗結果(未通報)通知所轄疾管署區管中心。 - 伴醫者： - 入境時於機場採檢/搭乘防疫專車或○○醫院/○○機構安排之專車	

日期	流程	備註
	到院，於指定場所由專人進行採檢。 (2) 完成後，再搭乘防疫專車或○○醫院/○○機構安排之專車前往檢疫住所。 【說明】 1. 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。 2. 有關 COVID-19 入境檢疫措施及採檢相關規範，應配合指揮中心公布之邊境檢疫政策辦理。	
1/2	確認伴醫者採檢結果後，併同就醫者之傳染病通報編號，通知所轄疾管署區管中心。	
1/1~1/8 居家檢疫	1. 就醫者： (1) 就醫者住院期間之治療，由○○科醫師負責，於○月○日至○月○日收治於隔離病房/專責病房/負壓隔離病房。 (2) 居家檢疫期間視為 COVID-19 疑似個案進行照護，依○○醫院 COVID-19 相關感控作業程序執行相關感控措施。 (3) 入境後檢驗結果為陽性時，依「嚴重特殊傳染性肺炎通報個案處理流程」、「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」等規定辦理。 (4) 入境檢疫結果為陰性時，居家檢疫期滿前病況穩定得出院時，將依地方衛生局指定之方式返回其檢疫處所，等待居家檢疫期滿。 (5) 居家檢疫期滿後再進行一次採檢。	

日期	流程	備註
	2. 伴醫者：居家檢疫期間遵循相關規定；期間如需到院訪視就醫者時，依相關感染管制程序辦理。	
1/9~1/15 自主健康管理	1. 就醫者： (1) 繼續留院時：居家檢疫期滿進行PCR 檢測，陰性者移出專責或隔離病房。 (2) 出院返家：遵循相關規定。 2. 伴醫者：遵循相關規定。	

【備註】

- 應說明就醫者於入境後之採檢程序安排、院內動線規劃、相關可能進程序之感染管制措施等。
- 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。

六、其他補充說明事項

☒ 無

參、專機醫護人員及機組人員入境情形及防疫規劃

一、本次專機行程共安排醫護人員 2 名及機組人員 2 名。

二、本次專機之醫護人員及機組人員入境我國情形【可複選】：

☐ 均不入境【後方第三點至第八點免填】

☐ 均過境 ☐ 部分過境【請填▶處，後方第三點至第八點免填】

▶ 請提供過境旅館及預計離境日期：

☐ 部分入境 ☒ 均入境【續填第三點至第八點】

三、專機醫護人員及機組入境人員名單

姓名	身分別	國籍	身分證字號 ／護照號碼	服務單位	預計境外入境及離開機坪情形
甲○○	☒ 醫護 ☐ 機組	中華民國	C00000000	○○醫院	入境： ☒ 有 ☐ 無 離開機坪： ☒ 有 ☐ 無
乙○○	☒ 醫護 ☐ 機組	中華民國	D00000000	○○醫院	入境： ☐ 有 ☒ 無 離開機坪： ☐ 有 ☒ 無

姓名	身分別	國籍	身分證字號／護照號碼	服務單位	預計境外入境及離開機坪情形
丙○○	☐ 醫護 ☒ 機組	中華民國	E00000000	○○航空	入境： ☒ 有 ☐ 無 離開機坪： ☒ 有 ☐ 無
丁○○	☐ 醫護 ☒ 機組	中華民國	G00000000	○○航空	入境： ☐ 有 ☒ 無 離開機坪： ☐ 有 ☒ 無

四、專機醫護人員及機組入境人員完成 COVID-19 疫苗接種情形

姓名	身分別	COVID-19 疫苗			接種日期
甲○○	☒ 醫護 ☐ 機組	基礎劑	第 1 劑 疫苗廠牌	Moderna	110 年 6 月 1 日
			第 2 劑 疫苗廠牌	Moderna	110 年 7 月 1 日
		追加劑	疫苗廠牌	Moderna	110 年 12 月 15 日
乙○○	☒ 醫護 ☐ 機組	基礎劑	第 1 劑 疫苗廠牌	Moderna	110 年 6 月 1 日
			第 2 劑 疫苗廠牌	Moderna	110 年 7 月 1 日
		追加劑	疫苗廠牌	Moderna	110 年 12 月 15 日
丙○○	☐ 醫護 ☒ 機組	基礎劑	第 1 劑 疫苗廠牌	AZ	110 年 5 月 1 日
			第 2 劑 疫苗廠牌	AZ	110 年 7 月 1 日
		追加劑	疫苗廠牌	Moderna	110 年 12 月 20 日
丁○○	☐ 醫護 ☒ 機組	基礎劑	第 1 劑 疫苗廠牌	AZ	110 年 6 月 1 日
			第 2 劑 疫苗廠牌	AZ	110 年 8 月 1 日
		追加劑	疫苗廠牌	Moderna	111 年 1 月 1 日

五、入境人員之防疫交通規劃

人員類別	入境港埠	交通規劃(含接駁區間/行程)
醫護人員	○○ 機場	搭乘救護車運送就醫者至醫院，於指定場所完成就醫者交接。 防疫專車／專車前往居家檢疫住所。
機組人員	○○ 機場	防疫專車／專車前往居家檢疫住所。

【備註】機組人員填報之接駁區間原則為「機場至檢疫住所」；醫護人員如須隨救護車運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至醫院至檢疫住所」，不用運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至檢疫住所」。

六、居家檢疫及自主健康管理期間住所資訊

人員	階段	預計期間	檢疫住所地址
甲○○ 【醫護】	居家檢疫	【有入境/離開機坪】 111年1月1日～1月8日	○○市○○區 ○○路○號
	自主健康管理	111年1月9日～1月15日	
乙○○ 【醫護】	居家檢疫	【未入境/未離開機坪】 111年1月1日～1月8日	○○市○○區 ○○路○號
	自主健康管理	111年1月9日～1月15日	
丙○○ 【機組】	居家檢疫	【有入境/離開機坪】 111年1月1日～1月4日	○○市○○區 ○○路○號
	自主健康管理	111年1月5日～1月8日	○○市○○區 ○○路○號
丁○○ 【機組】	自我健康監測	【未入境/未離開機坪】 111年1月1日～1月5日	○○市○○區 ○○路○號

七、聯絡人資訊

窗口	姓名	聯絡電話	電子郵件	備註
醫護人員	○○○	02-xxxx-xxxx	abc@gmail.com	
機組人員	○○○	02-xxxx-xxxx	abc@gmail.com	

【備註】請提供相關人員之聯絡窗口，以利相關事項聯繫。

八、居家檢疫及自主健康管理期間防疫措施

人員	階段	防疫措施	備註
醫護人員	居家檢疫	1. 返臺抵達○○機場，俟完成入境程序後，搭乘機坪之救護車運送就醫者至醫院，並於指定場所完成就醫者交接後，搭乘專車抵達檢疫住所。 2. 居家檢疫期間持續監測健康狀況，如發現有疑似 COVID-19 相	

人員	階段	防疫措施	備註
		關症狀時，將立即通知所屬服務單位及衛生局，並配合後續相關就醫安排。	
	自主健康管理	預計於居家檢疫期滿後次日進行採檢，確認檢驗結果為陰性後，返回工作。	
機組人員	居家檢疫	1. 完成入境程序後，搭乘機場防疫專車前往居家檢疫住所。 2. 居家檢疫期間持續監測健康狀況，如發現有疑似 COVID-19 相關症狀時，將立即通知所屬服務單位及衛生局，並配合後續相關就醫安排。 3. 入住防疫旅宿/公司檢疫宿舍，於居檢結束日進行 1 次 PCR 檢驗。/入住自宅一人一戶檢疫，於入境日及居檢結束日進行 1 次 PCR 檢驗。	
	自主健康管理/自我健康監測	遵循自主健康管理相關規定，於入境第 4-7 天自主健康管理進行快篩或 PCR 檢驗／遵循自我健康監測相關規定，於每 5 天進行快篩或 PCR 檢驗。	

【備註】請說明醫護人員及機組人員於入境後之防疫措施安排等（包含縮短居家檢疫後於返回工作前之採檢措施安排）。

九、其他補充說明事項

■ 無

附件 5、國際緊急醫療專機轉送計畫書（格式）

壹、基本資料【必填】

轉送機構名稱		
聯絡人		
姓名	聯絡電話	電子郵件
航空公司名稱		

貳、行程計畫表【必填】

日期	當地時間	行程摘要	說明

【備註】填寫機場代號者請備註機場名稱；如機上人員入境港埠不同，請詳實列出並備註說明；如有中轉點時，亦請於備註說明。

參、轉送小組名單：如入境防疫計畫書。

肆、個人防護裝備及相關備品資料【必填】

品項名稱	預備量	品項名稱	預備量	品項名稱	預備量
N95 口罩		醫用/外科口罩		手套	
護目鏡		全面罩		隔離衣	
髮帽					

【備註】上表內已預填品項為作業原則基本要求項目，轉送機構可再自行增列品項。

伍、穿戴之個人防護裝備【必填】

人員	著裝內容
醫護人員	
機組人員	

附件 5、國際緊急醫療專機轉送計畫書（範例）

壹、基本資料【必填】

轉送機構名稱	○○機構	
聯絡人		
姓名	聯絡電話	電子郵件
○○○	02-xxxx-xxxx	abc@gmail.com
航空公司名稱	○○航空	

貳、行程計畫表【必填】

日期	當地時間	行程摘要	說明
MM/DD	HH:MM~H:MM	○○-○○	抵達當地機場接收就(伴)醫者
MM/DD	HH:MM~H:MM	○○-○○	- 起飛返回我國機場 - 中轉站： - 就(伴)醫者及醫護人員入境
MM/DD	HH:MM~H:MM	○○-○○	機組人員返回出發國不入境

【備註】填寫機場代號者請備註機場名稱；如機上人員入境港埠不同，請詳實列出並備註說明；如有中轉點時，亦請於備註說明。

參、轉送小組名單：如入境防疫計畫書。

肆、個人防護裝備及相關備品資料【必填】

品項名稱	預備量	品項名稱	預備量	品項名稱	預備量
N95 口罩	○個	醫用/外科口罩	○個	手套	○雙
護目鏡	○個	全面罩	○個	隔離衣	○件
髮帽	○個				

【備註】上表內已預填品項為作業原則基本要求項目，轉送機構可再自行增列品項。

伍、穿戴之個人防護裝備【必填】

人員	著裝內容
醫護人員	隔離衣、髮帽、N95 口罩、護目鏡、手套、全面罩
機組人員	隔離衣、外科口罩、手套、全面罩

附件 6、嚴重特殊傳染性肺炎檢驗報告授權同意書
(格式)

被採檢人_____同意_____ (採
檢醫療院所) 將其嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19)
自費檢驗報告先行提供疾病管制署、 ,
以利後續進行醫療專機醫護人員及機組人員之居家檢
疫縮短天數審核作業。

立同意書人：

與被採檢人之關係：

立同意書人身分證／居留證／護照號碼：

民 國 年 月 日

附件 6、嚴重特殊傳染性肺炎檢驗報告授權同意書
(填報範例 1)

被採檢人王○○同意○○醫院 (採檢醫療院所)
將其嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 自費檢驗報
告先行提供疾病管制署、○○市政府衛生局，以
利後續進行醫療專機醫護人員及機組人員之居家檢疫
縮短天數審核作業。

立同意書人：林○○

與被採檢者之關係：配偶

立同意書人身分證／居留證／護照號碼：B223xxxxxx

民國 ○ 年 ○ 月 ○ 日

附件 7、防範嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）自主健康管理通知書 （國際緊急醫療專機醫護人員居家檢疫監測期滿者）

為降低可能傳播風險，並保障您自己、親友及周遭人士的健康，請您於自主健康管理期間，確實做好自主健康管理措施：

- 一、醫護人員返臺後，於境外有入境當地或離開機坪原則應依「具感染風險民眾追蹤管理機制」進行居家檢疫，期滿後實施自主健康管理。入境後追蹤管理天數係依「具國外旅遊史者」之居家檢疫及後續自主健康管理期間合計，如無相關症狀，且無入境當地及未離開機坪原則進行居家檢疫 7 天，期滿後進行自主健康管理；另符合縮短居家檢疫日數條件時，縮短為居家檢疫 5 天，期滿後實施自主健康管理。
- 二、居家檢疫期間若未出現相關症狀，請於居家檢疫期滿時進行採檢，確認檢驗結果為陰性後，可返回工作。返回工作後應遵循「醫療照護工作人員自主健康管理期間返回工作建議」所載相關注意事項。
- 三、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及徹底洗淨。
- 四、於自主健康管理期間，每日早/晚各量體溫一次、詳實記錄體溫、健康狀況及活動史。儘量避免出入公共場所，延後非急迫之醫療或檢查，外出時，請一定嚴格遵守全程佩戴醫用口罩。
- 五、倘您有發燒（ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、嗅/味覺異常、腹瀉或有呼吸道症狀，請立即佩戴醫用口罩，撥打 1922 或聯繫地方政府衛生主管機關，依指示方式儘速就醫，未經上述程序不得逕行外出就醫就診，且禁止搭乘大眾運輸工具前往。就醫時應主動告知醫師接觸史旅遊史、居住史、職業暴露、以及身邊是否有其他人有類似的症狀。
- 六、生病期間應於家中休養，並佩戴醫用口罩、避免外出，且與他人儘可能保持 1 公尺以上距離。當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。
- 七、如您就醫後，經醫院安排採檢，自採檢醫院返回後，於接獲通知檢驗結果前，應留在家中，不可外出，如檢驗結果陽性，地方政府衛生主管機關將會通知您及安排就醫。另於獲知檢驗結果為陰性後，仍需進行自主健康管理，期間如果症狀加劇，請確實佩戴好醫用口罩，並應主動與衛生單位聯繫，或撥 1922，依指示儘速就醫，且禁止搭乘大眾運輸工具就醫。
- 八、如未確實遵守各項自主健康管理規定，係違反傳染病防治法第 58 條檢疫措施，依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 15 條規定，可裁處新臺幣 10 萬至 100 萬元罰鍰。

防範嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）自主健康管理通知書 （國際緊急醫療專機醫護人員居家檢疫監測期滿者）

姓名：	身分證號：
住址：	聯絡電話：

經衛教後已了解自主健康管理期間應注意事項

簽名：_____

日期：_____年_____月_____日