表三、陪伴紀錄單 (受訪人/房號： ) 申請單編號(由機構填寫) ：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日期 | 當日體溫 | 當日健康狀況 | 最近14日內 | | | | 簽名 |
| 就醫 | 旅遊史 | 群聚史 | 接觸史 |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
| 日期 | 當日體溫 | 當日健康狀況 | 最近14日內 | | | | 簽名 |
| 就醫 | 旅遊史 | 群聚史 | 接觸史 |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_**℃** | □無症狀  □發燒  □呼吸道症狀\*  □味覺或嗅覺異常  □腹瀉  □其他 | □無  □有， 請說明： | □無  □國內差旅  □國外差旅 | □無  □有， 請說明： | □無  □有， 請說明： |  |

\*呼吸道症狀包括:流鼻水、鼻塞、咳嗽、呼吸困難等