表五、因應COVID-19疫情○○機構住民返回機構之感染風險評估表(範例)

**※請填表人務必誠實告知住民請假外出期間相關資訊**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 評估表編號(由機構填寫，同請假單編號) | 住民姓名 | 房號 | 填表人 |
|  |  |  | □本人□親屬(關係)： 姓名： 電話： |
| 返回機構日期 |  年 月 日 時 分 |
| 請假期間的活動史? | 活動名稱 | 說明 |
| □返家居住 | 同住家人是否有「具COVID-19感染風險」者?□否□是，目前正在：□居家隔離 □**自主防疫** □居家檢疫 □自主健康管理(到期日: 月 日) |
| □國內旅遊 | 地點: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □國外旅遊 | 國家: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_日期:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □其他 |  |
| 請假期間是否曾出現右列症狀 | □無下列症狀□發燒 □咳嗽 □喉嚨痛 □流鼻水 □腹瀉 □味覺或嗅覺異常 □呼吸急促 □倦怠 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 請假期間是否曾經就醫? | □無□有，就醫日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_就醫院所/科別: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 請假期間的接觸史? | □無□曾接觸最近1個月內自國外返國的親友/家屬□曾出入機場、觀光景點及其他頻繁接觸外國人場所□曾參與公眾集會或開學/畢業典禮、婚喪喜慶、運動賽事等聚眾活動□曾近距離接觸有發燒或呼吸道症狀的人/家人/朋友 |
| 填單日期 |  年 月 日 | 填表人簽章 |  |
| 住民症狀評估(由機構填寫) | **量測體溫\_\_\_\_\_\_\_\_\_℃** □無任何疑似感染症狀□發燒 □咳嗽 □喉嚨痛 □流鼻水 □腹瀉 □味覺或嗅覺異常 □呼吸急促 □倦怠 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 本次請假是否外宿？ | □否□是，最近14日內有無COVID-19暴露風險？□無 □有 |
| 評估日期 |  年 月 日 | 評估者簽章(由機構填寫) |  |