

編號：

非居家檢疫者照顧居家檢疫者應配合防疫措施通知書

第一聯

_____先生/女士 您好：

因您需要照顧居家檢疫者，為降低可能傳播風險，保護您自己和親友及周遭人士健康，依傳染病防治法第 36 條規定，請您於____年____月____日至____年____月____日期間配合防疫措施，有關應遵守及其他注意事項如下：

一、應遵守事項

- (一) 留在檢疫處所(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) 請於配合防疫措施期間，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)。
- (三) 如有發燒、咳嗽、腹瀉、嗅味覺異常或其他任何身體不適，請佩戴醫用口罩，主動與當地衛生局聯繫，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。

二、拒絕、規避或妨礙上述應遵守事項者，將依傳染病防治法第 70 條裁處新臺幣 3,000 元以上 1 萬 5,000 元以下罰鍰。

三、若遇生命、身體等之緊急危難(如：火災、地震等)而出於不得已所為離開檢疫處所之適當行為，不予處罰；惟撤離時應佩戴口罩，並儘速聯繫所在地方政府或 1922，並依地方政府指示辦理。

四、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) 請於配合防疫措施期滿後繼續自我健康監測 4 天，若出現嚴重特殊傳染性肺炎相關症狀請以家用快篩檢測，快篩陽性者，請透過遠距醫療或視訊診療方式由醫師評估確認快篩陽性結果。如有就醫需求時，可自行開車、騎車、步行、家人親友載送(雙方全程佩戴口罩)就醫，並請佩戴醫用口罩且禁止搭乘大眾運輸工具前往。
- (三) 如您於取消配合防疫措施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。
- (四) 如需心理諮詢服務，可撥打 24 小時免付費 1925 安心專線。

通知書一式兩聯：第一聯機關存查(備註：第一聯機關存查，第二聯收執聯)

(五) 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。

非居家檢疫者(照顧者)資料	
姓名：	身分證/護照號碼：
國籍：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
1.照顧居家檢疫者之地址： <input type="checkbox"/> 自宅或親友住所 <input type="checkbox"/> 防疫旅宿：_____ (防疫旅宿名稱) _____縣/市 _____鄉/鎮/市/區 _____街/路 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓之 _____室	
2.自有手機：_____	
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」)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水/鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力	
4.過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診武漢肺炎之病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

居家檢疫者(受照顧者)資料		
姓名：	身分證/護照號碼：	
國籍：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	航/船班：
1.入境日：____年____月____日		
2.自有手機：_____		

填發人員簽章：_____ 聯絡電話：_____	填發單位  單位章戳
----------------------------	--

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。

受文者簽收：_____ 法定代理人簽章：_____

(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)

個案 ID/護照號碼：_____ 執行人員簽章：_____

送達說明時間：____年____月____日____時____分

通知書一式兩聯：第一聯機關存查（備註：第一聯機關存查，第二聯收執聯）

編號：

非居家檢疫者照顧居家檢疫者應配合防疫措施通知書

第二聯

_____先生/女士 您好：

因您需要照顧居家檢疫者，為降低可能傳播風險，保護您自己和親友及周遭人士健康，依傳染病防治法第 36 條規定，請您於____年__月__日至____年__月__日期間配合防疫措施，有關應遵守及其他注意事項如下：

一、應遵守事項

- (一) 留在檢疫處所(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) 請於配合防疫措施期間，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)。
- (三) 如有發燒、咳嗽、腹瀉、嗅味覺異常或其他任何身體不適，請佩戴醫用口罩，主動與當地衛生局聯繫，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。

二、拒絕、規避或妨礙上述應遵守事項者，將依傳染病防治法第 70 條裁處新臺幣 3,000 元以上 1 萬 5,000 元以下罰鍰。

三、若遇生命、身體等之緊急危難(如：火災、地震等)而出於不得已所為離開檢疫處所之適當行為，不予處罰；惟撤離時應佩戴口罩，並儘速聯繫所在地政府或 1922，並依地方政府指示辦理。

三、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) 請於配合防疫措施期滿後繼續自我健康監測 4 天，若出現嚴重特殊傳染性肺炎相關症狀請以家用快篩檢測，快篩陽性者，請透過遠距醫療或視訊診療方式由醫師評估確認快篩陽性結果。如有就醫需求時，可自行開車、騎車、步行、家人親友載送(雙方全程佩戴口罩)就醫，並請佩戴醫用口罩且禁止搭乘大眾運輸工具前往。

通知書一式兩聯：第二聯收執聯(備註：第一聯機關存查，第二聯收執聯)

- (三) 如您於取消配合防疫措施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。
- (四) 如需心理諮詢服務，可撥打 24 小時免付費 1925 安心專線。
- (五) 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。

非居家檢疫者(照顧者)資料	
姓名：	身分證/護照號碼：
國籍：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
1.照顧居家檢疫者之地址： <input type="checkbox"/> 自宅或親友住所 <input type="checkbox"/> 防疫旅宿：_____ (防疫旅宿名稱) _____縣/市 _____鄉/鎮/市/區 _____街/路 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓之 _____室	
2.自有手機：_____	
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」)? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水/鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力	
4.過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診武漢肺炎之病人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

居家檢疫者(受照顧者)資料		
姓名：	身分證/護照號碼：	
國籍：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	航/船班：
1.入境日：____年____月____日		
2.自有手機：_____		

填發人員簽章：_____ 聯絡電話：_____	填發單位 
----------------------------	---

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。

受文者簽收：_____ 法定代理人簽章：_____
 (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)
 個案 ID/護照號碼：_____ 執行人員簽章：_____
 送達說明時間：____年____月____日____時____分

通知書一式兩聯：第二聯收執聯 (備註：第一聯機關存查，第二聯收執聯)

體溫及健康狀況紀錄表

Records of Body Temperature and Health Status

姓名：
Name:

出生年月日：民國____年/____月/____日
Birthday: ____/____/____(yyyy/mm/dd)

日期： 月/日	發燒 (≥38°C)	咳嗽	流鼻水 鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日就醫
Date: m/d	Fever (≥38°C)	Cough	Runny/ stuffy nose	Diarrea	Loss of smell or taste	general malaise	four limbs weakness	Breathing difficulties	Seek immediate medical attention
1 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____
2 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____
3 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____
4 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____
5 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____
6 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____
7 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes 疑似 suspected _____