

## COVID-19確診個案與接觸者自主應變機制

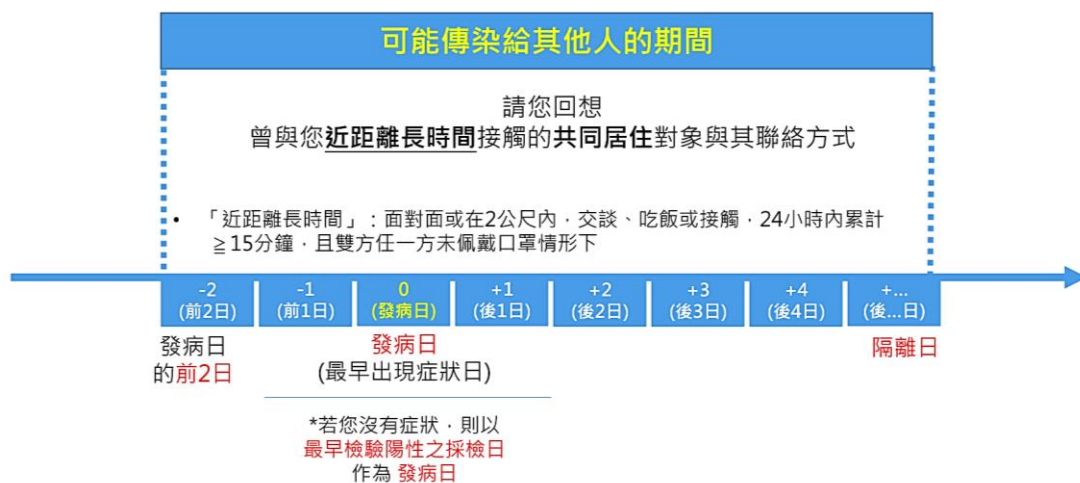
### 如果我被確診 COVID-19，誰是我的密切接觸者？

告訴公衛人員您的密切接觸者是誰很重要，因為他們可能已經接觸過病毒而有感染的風險。為了保護他們的健康和避免疾病進一步傳播，公衛人員會提供快篩試劑，以確認健康狀況。

### 您的密切接觸者定義

造成 COVID-19的病毒可能在您發病（或檢驗陽性）的前兩天至您被隔離的期間傳染給其他人，如您或對方曾經未佩戴口罩面對面接觸達15分鐘（含）以上，這些人都可能是您的密切接觸者（如下圖）。

### COVID-19可傳染期 (示意圖)



註：若您於可傳染期期間，曾有快速抗原檢驗、家用核酸檢驗試劑或 PCR 檢驗陰性證明，可傳染期可以檢驗陰性之採檢日次日起算。

請仔細回想在您最早出現症狀的發病日（如沒有症狀，則為最早檢驗陽性之採檢日）的前兩天到您被隔離前這段期間，曾經共同居住的人，並填寫「COVID-19確診個案自填版疫調單」。如您的同住者於3個月內曾確診，請不用將其資料填寫於接觸者名單，但請他（們）仍須落實個人防護措施。

※您可利用「COVID-19確診個案自主回報疫調系統」回報相關疫調資料，或填寫此份「COVID-19確診個案自填版疫調單」提供地方衛生單位參考。

## 如何通知我的密切接觸者

您可以主動聯絡您的公司或學校聯絡窗口，由公司或學校啟動相關應變措施。如您的同住者未完成 COVID-19疫苗追加劑接種，請留在家中進行3天居家隔離和4天自主防疫(以最後一次與您接觸的日期為第0天)；如同住者已完成 COVID-19疫苗追加劑接種，得免居家隔離(0天)，進行7天自主防疫。密切接觸者於接獲通知居家隔離時，請進行1次快篩檢測；於自主防疫期間，每2-3天快篩一次，非必要不外出，如需外出，應有2日內家用「快篩陰性」結果，並全程佩戴口罩。居家隔離和自主防疫期間，如有症狀需再以家用快篩檢測。其他接觸者注意事項，請參考疾病管制署網站資訊。

**517新制** 為集中醫療資源照顧中重症，5/17起以篩代隔措施，從關鍵設施、醫護人員，擴及適用確診者同住家人。

<b>確診者</b> 維持 <b>7+7</b> (7天居家隔離與 7天自主健康管理)	★打滿三劑同住家人 <b>0+7</b> (得免居隔,+7天自主防疫) <small>快篩陰性得上班、外出採買，<b>禁止</b>至人潮擁擠處及聚餐。</small>
	★未打滿三劑同住家人 <b>3+4</b> (3天居家隔離與 4天自主防疫)

中央流行疫情指揮中心

2022/05/16 17:30更新版

COVID-19民眾注意事項 (含確診個案、接觸者、 居家照護等注意事項)	居家檢疫及居家隔離 關懷服務中心	各地方政府衛生局 聯絡資訊及網站
		

## COVID-19確診個案自填版疫調單

※ 您所填寫的資料均僅限用於疫情調查與接觸者追蹤。切勿洩漏個人資料給無

法確認身分之不明人士，如有相關疑問，請洽各地方政府衛生局。

### 一、基本資料

姓名		年齡	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業或身分別	
身分證字號	(或護照號碼、居留證號碼)	手機號碼	
指定訊息代收人或法定代理人聯絡資料	<input type="checkbox"/> 同本人 姓名_____ 手機號碼_____	如您（確診者本人）未滿20歲或有其他無法自行接收電話或簡訊情形，請務必提供「指定訊息代收人或法定代理人聯絡資料」；如您年滿20歲且可自行接收電話或簡訊，則請勾選「同本人」即可。	
居住地址	_____縣/市_____鄉鎮市區，道路或街名:_____		
您目前的隔離所在地點	<input type="checkbox"/> 居家照護隔離： <input type="checkbox"/> 同居住地址 (如您的居家照護地址與居住地址不同，請於下方填寫您的居家照護隔離地址) _____縣/市_____鄉鎮市區， 道路或街名:_____		
	<input type="checkbox"/> 住院中，醫院名稱: _____		
	<input type="checkbox"/> 加強型集中檢疫所或防疫旅館，名稱: _____		

### 二、您最早出現症狀的日期（發病日）或您最早檢驗陽性的採檢日期

(西元) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

三、密切接觸者（最早出現症狀或檢驗陽性之採檢日的前2天到被隔離前這段期間）

※ 如您的同住者於3個月內曾確診，請無須填報該名同住者資料。

(一) 您的同住家人或親友

沒有； 有，請自行先依附件格式填寫同住親友名冊

(二) 您曾去過的醫療照護院所（包含牙醫診所、中西醫診所、急診、醫院、長照機構）

沒有

日期（月/日）	醫療照護院所名稱

四、您是否有慢性疾病或懷孕？（可複選）

沒有 No

心血管疾病（高血壓除外）

高血壓

糖尿病

肥胖 Obesity (BMI  $\geq$  30) (BMI=[體重 kg $\div$ 身高 m<sup>2</sup>])

代謝性疾病（如：高血脂等；糖尿病除外）

仍在治療中或未治癒的癌症

免疫低下狀態

神經肌肉疾病

氣喘

慢性肺部疾病（氣喘除外）

肝臟疾病（如：肝炎、肝硬化）

腎臟疾病（如：慢性腎功能不全、長期接受洗腎[血液或腹膜透析]）

懷孕，懷孕週數：\_\_\_\_\_

生產後六週內

精神疾病

其他：\_\_\_\_\_

五、疫苗接種史

您是否曾接種 COVID-19 疫苗？否

是，總共接種\_\_\_\_\_劑

姓名	身分證號碼 /居留證號碼/護照號碼	出生日期 (年/月/日)	自有手機號碼	您通知同住者開始 隔離日 (年/月/日)	<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> ： 勾選此項將收到居家隔離通知書，須採3天居家隔離及4天自主防疫 <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b> ： 僅已完成 COVID-19疫苗追加劑可選擇採自主防疫 (勾選此項將"不會收到"居家隔離通知書)	指定訊息代收人或法定代理人姓名*	指定訊息代收人或法定代理人手機號碼*	最後一次接觸日期 (月/日)	居住地址	隔離地址
					<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b>					
					<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b>					
					<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b>					
					<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b>					
					<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b>					
					<input type="checkbox"/> 採 <b>3+4居家隔離</b> <input type="checkbox"/> 採 <b>0+7自主防疫</b>					

**附件、同住親友名冊**

\* 依行政程序法§22及§69規定，對於未成年人(<20歲)，處分書應向其法定代理人為送達，此兩欄位用於未成年者(<20歲)發送之電子居隔書發送對象。若隔離者沒有手機，請其指定代收人(並經其同意後)，代為接收處分書，並填入其姓名及電話於此欄位。