表三、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 | 返家期間同住家人是否有下列情形?  □自主健康管理  □具有COVID-19相關症狀 | | |
| □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  □曾接觸處於隔離/自主健康管理期間之COVID-19檢驗陽性~~者~~  □曾近距離接觸有COVID-19相關症狀的人/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7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) |  |