

臺北考區111年國中教育會考健康關懷問卷

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情及確保111年國中教育會考有關試務工作得以順利進行，依據中央流行疫情指揮中心頒布「『嚴重特殊傳染性肺炎』因應指引公眾集會」，請協助詳實填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項。

一、基本資料	
1姓名	
2身分證字號	
3現居地址	
4聯絡電話/手機	
二、出入境旅遊史與「嚴重特殊傳染性肺炎」有關接觸史與症狀	
1最近14天，有無出國？	<input type="checkbox"/> 否：選取此答案請跳至4 <input type="checkbox"/> 是：請續答
2出國紀錄一	
(1)入境日期	111年_____月_____日
(2)最近入境臺灣之來源地區	
(3)搭乘班機：	_____航空公司 班機編號_____
3出國紀錄二	
(1)入境日期	111年_____月_____日
(2)最近入境臺灣之來源地區	
(3)搭乘班機：	_____航空公司 班機編號_____
4.最近14天內是否出現以下症狀 (複選)	<input type="checkbox"/> 發燒 (額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 、耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀 (呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉或關節酸痛 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無
5.您身邊是否有其他2人以上出現上述類流感症狀	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
6.您或您家屬是否曾與感染「嚴重特殊傳染性肺炎」病患有接觸？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
7.您是否為衛生主管機關列管之「嚴重特殊傳染性肺炎」自主健康管理個案？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
三、注意事項 (請詳細閱讀)	
1維持手部清潔，保持經常洗手習慣，儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。	
2自主健康管理期間內，每日早/晚應各量體溫一次，並詳實記錄體溫及症狀，若有需要就醫時，請主動提供給醫師參考。	
3倘若14天內有發燒 (額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 、耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$)、咳嗽、喉嚨痛、呼吸道窘迫症狀、流鼻水、肌肉或關節酸痛、嗅味覺異常、腹瀉等不適症狀，請立即佩戴口罩並儘速就醫。	

◆ 此問卷調查之個人相關資料，僅提供政府衛生相關單位、教育部及111年國中教育會考試務工作需求使用。本人已閱讀過以上之說明並且願意配合主辦單位各項防疫措施

簽名：_____ 日期：中華民國111年5月_____日

臺北考區111年國中教育會考健康關懷問卷

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情及確保111年國中教育會考有關試務工作得以順利進行，依據中央流行疫情指揮中心頒布「『嚴重特殊傳染性肺炎』因應指引公眾集會」，請協助詳實填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項。

一、基本資料	
1姓名	
2身分證字號	
3現居地址	
4聯絡電話/手機	
二、出入境旅遊史與「嚴重特殊傳染性肺炎」有關接觸史與症狀	
1最近14天，有無出國？	<input type="checkbox"/> 否：選取此答案請跳至4 <input type="checkbox"/> 是：請續答
2出國紀錄一	
(1)入境日期	111年_____月_____日
(2)最近入境臺灣之來源地區	
(3)搭乘班機：	_____航空公司 班機編號_____
3出國紀錄二	
(1)入境日期	111年_____月_____日
(2)最近入境臺灣之來源地區	
(3)搭乘班機：	_____航空公司 班機編號_____
4.最近14天內是否出現以下症狀 (複選)	<input type="checkbox"/> 發燒 (額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 、耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀 (呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉或關節酸痛 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 無
5.您身邊是否有其他2人以上出現上述類流感症狀	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
6.您或您家屬是否曾與感染「嚴重特殊傳染性肺炎」病患有接觸？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
7.您是否為衛生主管機關列管之「嚴重特殊傳染性肺炎」自主健康管理個案？	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
三、注意事項 (請詳細閱讀)	
1維持手部清潔，保持經常洗手習慣，儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。	
2自主健康管理期間內，每日早/晚應各量體溫一次，並詳實記錄體溫及症狀，若有需要就醫時，請主動提供給醫師參考。	
3倘若14天內有發燒 (額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 、耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$)、咳嗽、喉嚨痛、呼吸道窘迫症狀、流鼻水、肌肉或關節酸痛、嗅味覺異常、腹瀉等不適症狀，請立即佩戴口罩並儘速就醫。	

◆ 此問卷調查之個人相關資料，僅提供政府衛生相關單位、教育部及111年國中教育會考試務工作需求使用。本人已閱讀過以上之說明並且願意配合主辦單位各項防疫措施

簽名：_____ 日期：中華民國111年5月____日