

109 學年度指定科目考試因應嚴重特殊傳染性肺炎健康關懷問卷

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情，請協助填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項：

一、個資蒐集告知聲明事項：大考中心係依相關醫療及防疫法令，基於公衛或傳染病防治及其他法定義務之目的蒐集、處理、利用您的個人資料，您可依個人資料保護法第三條規定行使相關權利；大考中心將依個人資料保護法就您的個人資料進行妥善保護，本表將由大考中心保存 28 天後進行銷毀。

二、當您勾選「同意」時，即表示您已閱讀過以上內容，且願意配合防護措施及個人資料之提供。

同意 不同意

身份類別：試務及監試人員(工作日：7月 日~7月 日)

集體報名單位考生服務隊人員(學校名稱：_____)

身心障礙及重大傷病考生陪考親友

突發傷病考生陪考親友

姓名	身分證號	日期	7月 日 (1日填寫1張，試務/監試人員/集報單位陪考人員免填此欄)
考生資料 (試務/監試人員、集報單位免填此欄)	考生姓名：_____	聯絡電話 (手機)	
	考生身分證號(或應試號碼)：_____		

問卷內容：

健康 聲明 事項	1. 最近 14 天內，您是否有出入境史？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請羅列出入境日期：_____ 地點：_____
	2. 最近 14 天內，您是否出現以下症狀？(可複選) <input type="checkbox"/> 發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) <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"/> 肌肉痠痛 <input type="checkbox"/> 關節痠痛 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 味覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 嗅覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 腹瀉(一天內有腹瀉三次以上) <input type="checkbox"/> 無以上任一症狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	3. 您是否因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，武漢肺炎)，被衛生主管機構列為防疫管制追蹤對象？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	4. 您或您的同住親友是否曾與嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，武漢肺炎)確診病例有接觸？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	5. 最近 14 天內是否有接觸家人、親友自國外返台？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	6. 請問您是否有收到「和武漢肺炎確診個案同時位於同一地點」之疫情警示簡訊？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	7. 最近 14 天，您是否到過風景遊樂區(或夜市、商圈等人潮聚集地)？(請詳列) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；日期：_____ 景點：_____

簽名：_____ 填寫日期：_____