

## COVID-19 (新冠肺炎)風險評估表

\*\* 請同仁據實填寫,如有隱瞞決不寬貸\*\*

部 門 別		姓 名	
健康 資訊	請問您連假 4 天內 有無相關症狀?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 發燒 $\geq 37.5$ <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 味覺/嗅覺喪失	
旅遊史 調查	請問您連假 4 天有 無到外地出遊?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日期： 地點：	
	請問您密切接觸之 親友或家屬連假 4 天有無外地出遊?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，稱謂：_____ 日期： 地點：	
接觸史 調查	請問您 4 天連假是 否曾出入相關場所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾至醫院/診所就醫(醫院/診所名稱_____) <input type="checkbox"/> 戲院、KTV、百貨公司、大賣場 <input type="checkbox"/> 參加 50 人以上集會	
群聚史 調查	密切接觸之親友是 否有相關狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 密切接觸之親友正在 <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理（到期日：_____） <input type="checkbox"/> 密切接觸之親友也有發燒或呼吸道症狀、肌肉酸痛、味覺 /嗅覺喪失	