

**111學年度
輔仁大學
跨專業長期照護碩士學位學程(在職專班)入學考試
—防範嚴重特殊傳染性肺炎健康聲明書**

姓名：_____ 連絡電話：_____

服務單位：_____ 職稱：_____

一個月內，您是否曾出國？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，國家名_____； 期間：__月__日至__月__日
最近 14 天內，您是否(曾)出現以下症狀(可複選)：	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$) <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/關節酸痛 <input type="checkbox"/> 失去嗅味覺 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 倦怠乏力 <input type="checkbox"/> 其他_____
您是否曾與感染 COVID-19 的確診病患 有接觸史？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
您是否為衛生主管機關 之 COVID-19 列管對象？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理； 列管期間：__月__日至__月__日
一個月內，與您同住的 親友是否曾出國？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，國家名_____； 期間：__月__日至__月__日
與您同住的親友是否曾 與感染 COVID-19 確診 病患有接觸史？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
與您同住的親友是否為 衛生主管機關之 COVID-19 列管對象？	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理； 列管期間：__月__日至__月__日

簽署人：_____

填表日期： 111 年 月 日