

臺大醫院病友會現場參與者健康聲明書

一個人填一張表，若有病人一位、家屬一位，請填寫兩張

填表人姓名：_____

報名病友會場次：_____

填表人身分： 心衰竭病人

陪伴家屬，關係_____

一、個人健康說明(Health History)：(請打『v』)

本人正在居家隔離期間，到期日：____年____月____日

本人正在居家檢疫期間，到期日：____年____月____日

本人正在自主健康管理期間，到期日：____年____月____日

本人 7 天內有接觸 COVID-19 確診者或與 COVID-19 確診者同住

同住人_____正在居家隔離，到期日：____年____月____日

同住人_____正在居家檢疫，到期日：____年____月____日

同住人_____正在自主健康管理，到期日：____年____月____日

同住人_____有皮膚疹或發燒或呼吸道症狀等，傳染病症狀。

朋友有皮膚疹或發燒或呼吸道症狀等，傳染病症狀。

同事有皮膚疹或發燒或呼吸道症狀等，傳染病症狀。

7 天內由國外返臺，返臺日期：_____，前往國家：_____ 城市：_____

皆無上述情況

請翻面繼續填寫

臺大醫院病友會現場參與者健康聲明書

二、請如實填寫您本人 7 天內是否有傳染病相關疑似症狀(Symptoms)：（請打『v』）

- 發燒耳溫>38 度
- 呼吸道症狀（例如：咳嗽、呼吸急促、喉嚨痛、流鼻水、鼻塞等）
- 腹瀉
- 嗅覺異常或味覺異常
- 皮膚斑疹、丘疹或水泡
- 頭痛
- 肌肉痠痛
- 淋巴腺/結腫大
- 皆無上述情況

三、病友會現場請勿飲食、飲水，我於會場內會確實戴口罩遮住口鼻，不拿下口罩。

四、病友會現場以攝影、照相紀錄活動，本人同意活動主辦使用有我的照片及影片。

五、若會後有傳染病相關症狀，我會主動通知活動主辦(02)2312-3456#263205。

六、具有上述任一情況者，請勿到現場參與病友會活動，請改以線上視訊方式參與，

GOOGLE MEET 連線方式請洽活動主辦。

本人簽名：_____

身分證字號：_____

聯絡電話：_____

填表日期：_____