

拉薩熱健康監測通知書

姓名： 身分證字號：

通知書開立日期： 聯絡電話：

聯絡地址：

(本通知單為公文書，請正確填寫，並將上聯給防疫人員，下聯自行保留)

拉薩熱健康監測通知書

因您曾接觸拉薩熱之確定病例、極可能病例或其污染物，為保障您自己及親友的健康，請在最後一次接觸後的 21 日內，確實做好健康監測措施：

- 一、應主動向衛生局告知與病例最後一次接觸 21 日內之旅遊史、接觸史，以及旅遊規劃，並應提供聯絡資訊且保持聯繫管道暢通，以便衛生局必要時聯繫使用。
- 二、您與家人可照常上學、上班，除非您發病，否則沒有行為上的限制，但建議避免出國旅行及參與多人的社交活動。
- 三、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，可使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部衛生。儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。
- 四、健康監測期間內，每日早/晚應各量體溫一次，並詳實記錄體溫及活動史(如後頁表格)。若您為高風險接觸者，衛生局將每日追蹤您的健康狀況。
- 五、若您出現高燒 ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)、頭痛、肌肉痛、斑丘疹、嘔吐、腹痛、腹瀉、或出血等不適症狀，請立即配戴外科口罩，主動通報地方衛生局/所，由其協助就醫。就醫時，請主動出示本通知書，並告知醫師旅遊史、接觸史及居住史。
- 六、如有身體不適或其他疑問，可撥打以下聯絡電話通知及諮詢。

※如未確實遵守各項自主健康管理規定，將違反「傳染病防治法」第三十六條，依同法第七十條可處新臺幣 3,000 至 15,000 元不等罰鍰，得按次處罰。

開立機關： 聯絡電話：

體溫及行程紀錄表

高風險接觸者

低風險接觸者

填表人：_____ 與病例最後接觸日期：____年__月__日

	日期	上午	下午	有無症狀	活動史紀錄
1		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
2		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
3		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
4		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
5		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
6		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
7		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
8		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
9		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
10		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
11		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
12		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
13		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
14		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
15		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
16		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
17		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
18		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
19		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
20		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
21		____度	____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	

*如勾選「有」，請詳述出現之症狀。