

附件 2

發熱伴血小板減少綜合症自主健康管理通知書

姓名： 身分證號：

通知書開立日期： 聯絡電話：

聯絡地址：

 (本通知單為法律文件，請正確填寫，並將上聯給防疫人員，下聯自行保留)

發熱伴血小板減少綜合症自主健康管理通知書

因您為發熱伴血小板減少綜合症確定病例之接觸者，前述疾病傳染方式可透過直接接觸急性期、末期或死亡病患之血液、體液或呼吸道飛沫顆粒而導致感染，因此為保障您自己及親友的健康，請您於接觸後 14 日內，確實做好自主健康管理措施：

- 一、自主健康管理者及其家人可照常上學、上班，除非自主健康管理者發病，否則沒有行為上的限制。
- 二、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上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。
- 三、自主健康管理的期間內，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)，主動通報地方衛生局/所。
- 四、倘出現發燒或腸胃道症狀(噁心、嘔吐或腹瀉)、頭痛、肌肉痛、神經學症狀、淋巴腺腫大、出血等疑似症狀，請主動通報地方衛生局/所，由衛生局/所協助您就醫。就醫時，請將本通知書出示給醫師，並應告知醫師旅遊史、接觸史及活動史。
- 五、如有身體不適或其他疑問，可撥各地衛生局/所諮詢專線通知及諮詢。
- 六、如無確實遵守以上各項自主健康管理規定，將違反「傳染病防治法」第三十六條，依同法第七十條處新臺幣 3,000 至 15,000 元不等罰鍰，得連續處罰。

開立機關：

聯絡電話：

體溫及行程紀錄表

填表人： _____ 與病例最後接觸日期： _____

天數	日期	上午	下午	有無症狀*	活動史紀錄 (前往地點等)
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： _____	