

防範嚴重特殊傳染性肺炎應試者健康聲明切結書

(每一欄位均為必填，請勿漏填)

110.10.19

編號	(免填)	姓名	身分證號
1.請問您過去14天是否有發燒、咳嗽、呼吸急促、嗅味覺異常或不明原因腹瀉症狀?(已服藥者須勾選「是」) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 不明原因腹瀉			
2.過去14天與您共同生活者是否有出現前項症狀? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
3.與您共同生活者過去14天是否曾與COVID-19(武漢肺炎)確診病例有接觸? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
4.請問您過去14天是否有出國? 【限制不可外出】 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:返國日期_____、國家為_____。			
5.您過去14天是否曾與COVID-19(武漢肺炎)確診病例有接觸? 【限制不可外出】 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
6.請問您於考試當日是否為衛生主管機關列管應接受居家隔離、居家檢疫【限制不可外出】或加強自主健康管理期間? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:說明_____			
7.請問您於考試當日是否為實施自主健康管理期間? 【屬「就醫後經醫院安排採檢，返家後於接獲檢驗結果前」者，不可外出】 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是:說明_____			
一、如經各級衛生主管機關認定應接受居家隔離、居家檢疫、加強自主健康管理、集中隔離或集中檢疫者， 不得至試場應試 。 二、依「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興別條例規定」第十五條規定，違反各級衛生主管機關依傳染病防治法第四十八條第一項規定所為之隔離措施者，處新臺幣二十萬元以上一百萬元以下罰鍰。違反各級衛生主管機關依傳染病防治法第五十八條第一項第四款規定所為之檢疫措施者，處新臺幣十萬元以上一百萬元以下罰鍰。			
此致 衛生福利部疾病管制署 應試者簽名： _____ 應試日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日			