

編號：

## 嚴重特殊傳染性肺炎個案接觸者居家（個別）隔離通知書(春節版)

\_\_\_\_\_先生/女士 您好： 聯絡電話：\_\_\_\_\_

身分證/居留證/護照號碼：\_\_\_\_\_

居住地址：\_\_\_\_\_

經**主管機關**調查結果，您於**110年12月14日至111年2月14日**期間入境，**檢疫期間**可能與嚴重特殊傳染性肺炎個案有相當接觸，故由**檢疫轉為隔離身分**，依傳染病防治法第48條第1項規定，為了保護您和親友及大眾的健康與安全，請您於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_年\_\_月\_\_日期間進行居家/個別隔離，有關居家隔離之應遵守及注意事項如下：

### 一、應遵守事項

- (一) 留在家中(或嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心、**地方主管機關**指定範圍內)，禁止外出，亦不得出境或出國。若遇生命、身體等之緊急危難(如：火災、地震等)而出於不得已所為離開隔離處所之適當行為，不予處罰；惟撤離時應佩戴口罩，並儘速聯繫所在**地方主管機關**或1922，並依**地方主管機關**指示辦理。
- (二) 居家隔離期間，**選擇自宅或親友住所居家隔離者**，以1人1戶為基準，須符合該戶內無非居家隔離者；若全家人或同住者同為居家隔離者，於同戶內應1人1室(單獨房間含衛浴)，未符合者，請依**主管機關**安排**指定處所隔離**。請於隔離期間，每日早/晚各量體溫一次，自主詳實記錄體溫及健康狀況(如後附表格)，並配合提供手機門號、回復雙向簡訊健康情形等必要之關懷追蹤機制(包含以手機門號進行個人活動範圍之電子監督)。居家隔離之個人資料沿用至自主健康管理期滿，並於結束後28天銷毀。
- (三) 如有發燒、咳嗽、腹瀉、嗅覺或味覺異常及呼吸困難等症狀或其他任何身體不適，請佩戴口罩，主動與當地衛生局聯繫，或撥1922，依指示方式儘速就醫，未經上述程序不得逕行外出就醫就診，且禁止搭乘大眾運輸工具前往。
- (四) 依傳染病防治法第43條第2項規定，請您配合**地方主管機關**於指定日期前往指定醫療院所進行期滿前採檢。

二、違反上述第(一)~(三)項居家隔離規定者，將依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第15條裁處新臺幣20萬元以上100萬元以下罰鍰；違反上述第(四)項居家隔離規定者，將依傳染病防治法第67條裁處新臺幣6萬元以上30萬元以下罰鍰。

三、居家隔離解除後，請繼續自主健康管理7天。相關規範請遵循衛生福利部公告之「自主健康管理對象應遵守及注意事項」，網址：<https://www.cdc.gov.tw/Category/NewsPage/DmymtvYDMUsWZlQwgRwTTg>。



四、違反上述自主健康管理規定者，將依傳染病防治法第67條裁處新臺幣6萬元以上30萬元以下罰鍰。

五、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第8條及傳染病防治法第48條，隔離或自主健康管理對象資訊均上傳至全民健康保險醫療資訊雲端查詢系統提示，以因應COVID-19防治採行必要防範作為，保障國內防疫安全。

#### 六、其他注意事項

- (一) 請維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手並澈底洗淨。
- (二) 如您於取消隔離日後有出境或出國需要，請攜帶本通知書，以免移民署人員因註記系統的時間誤差，延誤您通關時間。
- (三) 如需心理諮詢服務，可撥打24小時免付費1925安心專線。
- (四) 如不服本處分者，得自本處分送達翌日起30日內，繕具訴願書逕送原處分機關，並由原處分機關函轉訴願管轄機關提起訴願。

個案 ID/護照號碼： _____	電話： _____
隔離時間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日	
隔離地址：_____	
※無更換隔離地點則免填此欄	
隔離時間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日 24 時	
隔離地址：_____	
<p style="text-align: center;">訪視人員</p> 填發人簽章：_____	<p style="text-align: center;">填發單位</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                     單位章戳                 </div>
聯絡電話：_____	

上開事項地方政府衛生局已於\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日以電話通知，依行政程序法第 110 條規定，台端於通知日起對上開事項發生效力，再以此書面請台端配合辦理。

**嚴重特殊傳染性肺炎個案接觸者居家隔離通知書簽收聯**

編號：\_\_\_\_\_

(若個案為未成年人，則送請法定代理人簽收，並向法定代理人說明程序)

受文者簽收：\_\_\_\_\_ 法定代理人簽章：\_\_\_\_\_

個案 ID/護照號碼：\_\_\_\_\_ 執行人員簽章：\_\_\_\_\_

送達說明時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_時\_\_\_\_\_分

### 體溫及健康狀況紀錄表

填表人：\_\_\_\_\_

與病例最後接觸日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

日期： 月/日	體溫 早/晚	發燒 (≥38°C)	流鼻水、 鼻塞	咳嗽	呼吸 困難	嗅、味 覺異常	腹瀉	全身 倦怠	四肢 無力	當日就醫
1	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
2	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
3	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
4	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
5	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
6	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
7	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
8	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
9	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
10	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
11	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
12	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
13	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____
14	/	/	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疑似_____