

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**Home (Self) isolation notice for contacts of 2019 Novel Coronavirus
(2019-nCoV) confirmed cases**

_____先生/女士 您好： 聯絡電話(Tel)：

Mr./Ms. _____： 居家隔離地址(Address)：

經衛生單位調查結果，您可能與嚴重特殊傳染性肺炎個案有相當接觸，為了保護您和親友及大眾的健康與安全，請您於__月__日至__月__日期間，進行居家/個別隔離，並遵守以下隔離規定：

As you are identified as a contact of 2019-nCoV confirmed cases based on health authority's investigation, in order to prevent the spread of the disease and protect the health and safety of your friends, family members and the public, please comply with the following regulations regarding home (self) isolation during the period from ____/____/____ (YYYY/MM/DD) to ____/____/____ (YYYY/MM/DD):

1. 留在家中（或衛生局指定範圍內），**禁止**外出，亦不得出境或出國。
2. 如您是在家居家隔離，應儘量與家人分開居住，您的共同生活者須與您一同採取適當防護措施（佩戴外科口罩與良好衛生習慣），並儘可能保持 1 公尺以上距離。
3. 請於隔離期間，每日早/晚各量體溫一次、詳實記錄體溫及健康狀況(如下列表格)，主動通報地方衛生局/所；地方衛生局/所應主動追蹤其早晚體溫紀錄。
4. 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。
5. 若有發燒、咳嗽、呼吸困難等症狀或其他任何身體不適，應主動與本通知書填發人聯繫，由填發單位安排就醫，並應全程佩戴口罩及採取適當防護措施，**且禁止**搭乘大眾運輸工具**就醫**。

1. Stay at home or within the area specified by the health authority. You are **forbidden** from leaving the house or the specified area and leaving the country or going abroad.
2. If you are on home isolation, please live in a separate room and keep away from your family at a distance of least 1 meter. In addition, the people living together with you should take protective measures (such as wearing surgical masks and maintaining good hygiene practices.)
3. During home isolation, please record your temperature and health status twice a day (morning and evening) correctly in the table below. The health authority will trace your record regularly.
4. Please keep your hands clean. You should wash your hands with soap or alcohol-based hand sanitizers frequently. In addition, please refrain from touching your eyes, nose and mouth with your hands. If your hands touch any secretions from your respiratory tract,

please wash your hands with soap and water thoroughly.


5. When you display symptoms, such as fever, cough and breathing difficulties, please notify the responsible person who provides the notice to you. The competent authority will arrange for you to seek medical attention, please wear a mask and take appropriate protective measures on the way and **do not take public transportation.**

※違反居家隔離規定者，係違反傳染病防治法第 48 條，將依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 15 條處新臺幣 20 萬至 100 萬元不等罰鍰。

※Those who flout the home (self) isolation regulations will violate Article 48 of the Communicable Disease Control Act, and be fined ranging from NT\$200,000 to NT\$1,000,000 in accordance with Article 15 of the Special Act for Prevention, Relief and Revitalization Measures for Severe Pneumonia with Novel Pathogens.

※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。

※The immigration agency will be notified by computer system when you are placed on home isolation. Thus, when you need to go abroad after home isolation ends, please bring this notice with you. Please show immigration officers this notice for fear that they would delay your clearance due to the time error of the system.

個案 ID/護照號碼： _____ ID/Passport No.: _____	開始隔離日： ____年____月____日 Start date of home isolation: ____/____/____ (YYYY/MM/DD)
電話： _____ Tel: _____	取消隔離日： ____年____月____日 Cancellation date of home isolation: ____/____/____ (YYYY/MM/DD)
隔離地址： _____ Address: _____	
訪視人員 Responsible person 填發人簽章： _____ 聯絡電話： _____ Signature of responsible person : _____ Tel : _____	填發單位 Competent authority  單位章戳

嚴重特殊傳染性肺炎個案接觸者居家隔離通知書簽收聯

(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)

Acknowledgement receipt of home (self) isolation notice for contacts of 2019-nCoV confirmed cases

(If the case is a minor, the notice will be sent to his/her legal representative, and the procedure will be explained to the legal representative.)

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

Recipient: _____
(signature)

Legal representative: _____
(signature)

ID No./Passport No.: _____
(signature)

Responsible person: _____
(signature)

Date: ____/____/____ (YYYY/MM/DD)

體溫及健康狀況紀錄表

編號：

Record of Body Temperature and Health Status and Conditions

姓名：

出生年月日：民國____年/____月/____日

Name:

Birthday: ____/____/____(y/m/d)

日期： 月/日 Date: m/d	發燒 (≥38°C) Fever (≥38°C)	流鼻水 鼻塞 Runny nose	咳嗽 Cough	呼吸 困難 Breathing difficulties	全身 倦怠 general malaise	四肢 無力 four limbs weakness	當日就醫 Seek immediate medical attention
1 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
2 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
3 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
4 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
5 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
6 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
7 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
8 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
9 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
10 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
11 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
12 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
13 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected
14 /	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes , 疑似 suspected