

**附件 1-4 臺北市立第一女子高級中等學校 110 學年度科學班甄選入學  
因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，武漢肺炎)健康關懷表(陪試人員)**

為因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情，依中央疫情流行指揮中心「COVID-19(武漢肺炎)」防疫新生活運動：實聯制措施指引，請協助填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項：

- 一、個資蒐集告知聲明事項：臺北市立第一女子高級中等學校(以下簡稱本校)依據「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」代號 012 公共衛生或傳染病防治之特定目的，蒐集以下個人資料，且不得為目的外利用。所蒐集之資料僅保存 28 日，屆期銷毀。
- 二、個人資料利用之對象及方式：為防堵疫情而有必要時，得提供衛生主管機關依傳染病防治等規定進行疫情調查及聯繫使用。
- 三、您就其個人資料得依個人資料保護法規定，向本校行使權利，包括查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止處理或利用、請求刪除等。
- 四、若未協助填寫下列資料將無法進入校園內陪試。

本人已閱讀過以上說明，且願意配合防護措施及個人資料之提供。簽名/日期：

填寫日期:110 年      日      日

姓名		身分證號		手機號碼	
1. 最近 14 天內(○月○日後)，您是否有出入境史：					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請列出入境日期及地點。出國時間(如 20200228)/地點：					
2. 最近 14 天內(○月○日後)，您是否出現下列症狀(可複選)：					
<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"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 肌肉或關節痠痛 <input type="checkbox"/> 流鼻水/鼻塞 <input type="checkbox"/> 味覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 嗅覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身疲倦 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 無以上任一症狀					
3. 最近 14 天內(○月○日後)，您身邊是否有其他人有類似上述症狀：					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
4. 最近 14 天內(○月○日後)，您是否為衛生主管機關列管之嚴重特殊傳染性肺炎居家隔離或居家檢疫者：					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
5. 最近 14 天內(○月○日後)，您是否為衛生主管機關列管之嚴重特殊傳染性肺炎自主健康管理					
者：					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
6. 最近 14 天內(○月○日後)，您或您的同住親友是否曾與疑似或確診嚴重特殊傳染性肺炎病例					
有接觸：					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
7. 最近 14 天內(○月○日後)，您是否有接觸自國外返臺的家人或朋友：					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
8. 最近 14 天內(○月○日後)，您是否到過風景遊樂區(或夜市、商圈等人潮聚集地)?					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(日期：      年      月      日，景點：      )					