

國立彰化特殊教育學校

COVID-19 新型冠狀肺炎 TOCC 風險評估表

姓名		連絡電話
一個月內，您是否曾出國，旅遊史(Travel)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，國家名： 期間： 月 日至 月 日
最近 14 天內，您是否(曾)出現以下症狀(可複選)?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，有以下症狀(可複選)? <input type="checkbox"/> 發燒($\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉/關節酸痛 <input type="checkbox"/> 失去嗅味覺 <input type="checkbox"/> 倦怠乏力 <input type="checkbox"/> 其他：
您的職業別(Occupation)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 醫事機構工作者 <input type="checkbox"/> 禽畜販賣業者 <input type="checkbox"/> 航空服務業工作者
接觸史(Contact)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 發燒或類流感症狀的患者接觸 <input type="checkbox"/> 禽鳥類接觸如雞、鴨等 <input type="checkbox"/> 畜類接觸:如豬、貓、狗等
	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是，有接觸請勾選： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理 列管期間： 月 日至 月 日
近一個月內群聚(Cluster)	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 家人也有發燒或類流感症狀 <input type="checkbox"/> 朋友也有發燒或類流感症狀 <input type="checkbox"/> 同事也有發燒或類流感症狀
是否已完成新冠疫苗接種	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否，未接種新冠疫苗 <input type="checkbox"/> 已完成快篩 日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 無快篩檢查紀錄
<p>★參加活動之老師、學生及家長均須繳交，以「家戶為單位」進行填寫。</p> <p>★提醒您，在校園請維持手部清潔，保持經常洗手習慣，每日測量體溫，配戴口罩，倘有相關症狀請主動聯絡 1922 防疫專線</p> <p>★此問卷調查之個人相關資料，僅提供政府衛生相關單位、教育部及本校防疫需求使用。</p>		

本人已閱讀過以上之說明並且願意配合防護措施

I have already read the above instructions and I am willing to cooperate.

簽名： _____

日期： 年 月 日