

# 國立中正大學健康中心門診健康關懷問卷

門診日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

更新日期：109年03月09日

姓名：\_\_\_\_\_ 系所/單位：\_\_\_\_\_ 體溫：\_\_\_\_\_°C 耳溫腋溫額溫

- 請問您最近 14 天是否自其他國家入境台灣？ 否 是，請續填第 2 題
- 最近 14 天內自哪個國家入境台灣(包含過境、轉機)?請填寫入境、過境日期：
 

<input type="checkbox"/> 中國大陸，日期：____年____月____日	<input type="checkbox"/> 中國香港，日期：____年____月____日
<input type="checkbox"/> 中國澳門，日期：____年____月____日	<input type="checkbox"/> 韓國，日期：____年____月____日
<input type="checkbox"/> 義大利，日期：____年____月____日	<input type="checkbox"/> 日本，日期：____年____月____日
<input type="checkbox"/> 新加坡，日期：____年____月____日	<input type="checkbox"/> 伊朗，日期：____年____月____日
<input type="checkbox"/> 泰國，請日期：____年____月____日	
<input type="checkbox"/> 其他國家，請說明：_____，日期：____年____月____日	
- 最近 14 天內是否出現以下症狀：
 

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 發燒(> 38°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"/> 肌肉酸痛	<input type="checkbox"/> 關節酸痛	<input type="checkbox"/> 其他症狀_____	
- 您是否做過流感快篩或是新冠肺炎喉頭採驗？ 否 是，篩檢項目：流感快篩新冠肺炎喉頭採驗；篩檢日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日；篩檢結果：陰性陽性其他\_\_\_\_\_
- 您或您家屬是否曾與感染嚴重特殊傳染性肺炎（武漢肺炎）病患有接觸？  
否 是，與您的關係是\_\_\_\_\_，您與病患接觸日期為\_\_\_\_\_
- 您是否為衛生主管機關列管之嚴重特殊傳染性肺炎（武漢肺炎）居家檢疫或自我健康管理個案？  
否 是，管理方式：居家檢疫自我健康管理；管理日期為\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

請沿線剪下，掛號時間問卷請交給櫃台

