

110年全國中等學校田徑錦標賽TOCC評估表(個人健康聲明書)

單位:	縣市:	
姓名:	職稱:	性別:
出生年月日: 年 月 日	身分證字號:	連絡電話:

1.您最近14天內是否有以下症狀：

發燒 (≥38°C) 【必須符合】

咳嗽流鼻水鼻塞喉嚨痛肌肉痠痛頭痛極度疲倦感

其他_____ 無

已服用藥物

2.您於就診前14天內旅遊史 (Travel)：

有;回國日期：_____地點：_____【必填】 無

3.職業史 (Occupation)：

醫事機構工作者禽畜販賣業者

航空服務業工作者其他_____ 無

4.接觸史 (Contact)：

發燒或類流感症狀的患者接觸禽鳥類接觸如雞、鴨等

畜類接觸:如豬、貓、狗等其他_____ 無

5.群聚史 (Cluster)：近期內生活週遭親友、同學、同事等是不是有類似症狀

有，請繼續填寫：

家人也有發燒或類流感症狀朋友也有發燒或類流感症狀

同事也有發燒或類流感症狀其他_____ 無

6.其他您認為相關應告知的狀況：(例如有接觸到的家人或同事14天內自印度返台...等)

有，請繼續填寫：_____ 無

7.本人參與本賽會前已確認未符合下列任一情況:

(1) 為嚴重特殊傳染性肺炎疑似感染或確診者。

(2) 本人或本人之家庭成員(或密切接觸者)，過去兩星期內曾接觸嚴重特殊傳染性肺炎之疑似感染或確診個案者。

(3) 目前正配合嚴重特殊傳染性肺炎居家隔離、居家簡易或自主健康管理。

(4) 已出現與嚴重特殊傳染性肺炎相關的症狀。

※配合防疫人人有責，本人對上述問題均據實填寫。

填寫人簽名：_____未成年法定代理人簽名:_____

填寫日期:110年 月 日

110 年全國中等學校田徑錦標賽自主健康管理表

單位: 縣市: 領隊: 教練:

連絡電話: 住宿地址:

自主健康管理表為每日評估自我的健康狀態，若有符合下述情況請打勾。
發燒:耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ，額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$

若第一項出現 2 種症狀以上或合併第二項、第三項 1 種以上，請馬上就醫

日期	身分 1.領隊 2.教練 3.管理 4.運動員 5.其他	姓名	體溫	1.有下列症狀				2.旅遊史(14日內)		3.接觸史	
				發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$	咳嗽	呼吸 急促	疲倦 感	曾去過 一級警 告以上 之國家 或有出 國史	去過 地區(例新 北市)	接觸過曾出 國且有發燒 或呼吸道症 狀人士	接觸過曾去 某區且有發 燒或呼吸道 症狀人士
/											

※避免群聚，戴口罩勤洗手，保護自己保護別人。「有呼吸道症狀時，請盡速就醫」。