

表一、訪客探視紀錄單

申請單編號 (由機構填寫)	探視日期	訪客簽名	確認訪客身分 <input type="checkbox"/> 一般訪客 <input type="checkbox"/> 陪伴者	訪客連絡電話	受訪人/房號	關係
------------------	------	------	--	--------	--------	----

※填表人確認誠實提供以下資訊

問題	評估項目	備註
最近 14 日內旅遊史?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾至國外差旅(前往的國家: _____) <input type="checkbox"/> 曾有國內差旅(地點: _____)	最近 14 日內曾至國外差旅暫勿探視
最近 14 日內是否有右列症狀 量測體溫 _____ °C	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 其他 _____	最近 14 日內曾有疑似感染症狀暫勿探視
最近 14 日內曾經就醫?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，就醫日期: _____ 就醫院所/科別: _____ / _____	最近 14 日內曾因疑似感染症狀就醫暫勿探視
最近 1 個月內群聚史?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 同住家人最近 1 個月內曾經： <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主健康管理 <input type="checkbox"/> 自主健康監測 <input type="checkbox"/> 同住家人最近 14 日內有發燒或呼吸道症狀 <input type="checkbox"/> 同辦公室同事或同班同學等常規接觸對象，最近 14 日內有 1 人以上有發燒或呼吸道症狀	最近 14 日內曾有相關群聚史暫勿探視
最近 14 日內接觸史?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 曾接觸近期自國外返國的親友/家屬 <input type="checkbox"/> 曾出入機場、觀光景點及其他頻繁接觸外國人場所 <input type="checkbox"/> 曾參與公眾集會或開學/畢業典禮、婚喪喜慶、運動賽事等聚眾活動 <input type="checkbox"/> 最近 14 日內曾近距離接觸(≤1 公尺)有發燒或呼吸道症狀的人	最近 14 日內曾有相關接觸史暫勿探視
職業別	<input type="checkbox"/> 醫療照護工作人員(含醫療院所和照護機構工作人員) <input type="checkbox"/> 旅遊業(如導遊) <input type="checkbox"/> 交通運輸業(如計程車、客運司機等) <input type="checkbox"/> 旅館業(如房務、客務接待人員) <input type="checkbox"/> 航空服務業(如航空機組人員等) <input type="checkbox"/> 其他: _____	
<u>3 日內 COVID-19 檢驗陰性證明</u>	<input type="checkbox"/> 無，具有： <input type="checkbox"/> 完整接種疫苗證明 <input type="checkbox"/> 3 個月內之解除隔離治療通知書 <input type="checkbox"/> 不具有前述證明 <input type="checkbox"/> 有， <input type="checkbox"/> 抗原快篩：採檢日期 月 日； <input type="checkbox"/> 醫療院所檢驗 <input type="checkbox"/> 家用試劑(廠牌 _____) <input type="checkbox"/> 病毒核酸檢驗：採檢日期 月 日； <input type="checkbox"/> 醫療院所檢驗 <input type="checkbox"/> 家用試劑(廠牌 _____)	<u>完整接種疫苗：指已完成 COVID-19 疫苗接種 2 劑並達 14 天(含)以上</u>