

額溫：

臺北市立中山女子高級中學嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)防疫自我健康聲明書  
COVID-19 Health Declaration Form

姓名 Name：\_\_\_\_\_

身分證 ID Card/居留證 Resident Certificate ID/護照號碼 Passport No.：\_\_\_\_\_

蒞校原因/身分 Purpose of visit / Status of visitors：

講師 Lecture  家長 Parent  研習 Seminar  洽公 Business  其他 Other：

聯絡電話 Contact phone number：\_\_\_\_\_

通訊地址 Correspondence address：\_\_\_\_\_

洽公單位 Place / office to visit：\_\_\_\_\_

預計離校時間 Time due to leave：\_\_\_\_\_

一、您最近 14 天內是否有以下症狀(可複選，含已就醫、服藥者)：

During the past 14 days, have you had the following symptoms?

發燒 fever (耳溫 ear temperature  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 forehead temperature  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ )

咳嗽 cough

呼吸急促 shortness of breath

其他呼吸道症狀 other respiratory symptoms

其他非呼吸道症狀 other symptoms：\_\_\_\_\_

二、您最近 14 天內是否自其他國家或地區入境(含轉機、過境)：

Have you been overseas in the past 14 days (including transferring and transit)?

有 Yes；入境日期 date of entering Taiwan：

地點 List all the countries which you have been to in the past 14 days(including transit)：

\_\_\_\_\_

無 No

三、是否有其他您認為應聲明之事項 Other declaration：

(例如有接觸居家隔離或自主健康管理的人員、職業別... For example, you've come into contact with those who are require to practice home quarantine or self-management of health)

有 YES，\_\_\_\_\_

無 NO

※配合防疫人人有責，資料僅供防疫需求使用，本人對上述問題均應據實填寫  
Visitors are required to accurately fill out and submit this form.

填寫人簽名 Signature：\_\_\_\_\_

填寫日期 Date：\_\_\_\_\_年 YY\_\_\_\_\_月 MM\_\_\_\_\_日 DD