

表四、陪伴紀錄單 (受訪人/房號: _____) 申請單編號(由機構填寫): _____

| 日期 | 當日體溫 | 當日健康狀況 | 最近 14 日內 | | | | 簽名 |
|----|---------|--|---|--|---|---|----|
| | | | 就醫 | 旅遊史 | 群聚史 | 接觸史 | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |

| 日期 | 當日體溫 | 當日健康狀況 | 最近 14 日內 | | | | 簽名 |
|----|---------|--|---|--|---|---|----|
| | | | 就醫 | 旅遊史 | 群聚史 | 接觸史 | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |
| | _____°C | <input type="checkbox"/> 無症狀 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀* <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 國內差旅 <input type="checkbox"/> 國外差旅 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 請說明： | |

*呼吸道症狀包括:流鼻水、鼻塞、咳嗽、呼吸困難等