

國立臺南大學因應嚴重特殊傳染性肺炎健康關懷問卷

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情，依據個人資料保護法之規定，為維護雙方之權益，及所必要提供之服務，對於所提供之個人資料之搜集、處理或利用，說明如下：

一、為因應嚴重特殊傳染性肺炎〈COVID-19〉防疫工作，您所填報之個人資料將做為防疫追蹤使用，本校會妥善履行個人資料保護的義務。

二、當事人就其個人資料得依個人資料保護法規定，向蒐集之機關行使權利，包括查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止處理或利用、請求刪除，及行使方式。

三、個人資料利用之期間：蒐集日起28日內。

四、當您勾選「同意」時，即表示您已閱讀過以上內容，並同意本校於所列蒐集的範圍內，合理蒐集，處理或利用本人之個人資料。

同意 不同意

身份類別：

工作人員

活動參與人員(活動日期： 年 月 日)

姓名		身分證號		聯絡電話 (手機)	
----	--	------	--	--------------	--

問卷內容：

健康聲明事項	1. 最近 14 天內，您是否有出入境史？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請羅列出入境日期：_____ 地點：_____
	2. 最近 14 天內，您是否出現以下症狀？(可複選) <input type="checkbox"/> 發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$) <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"/> 肌肉痠痛 <input type="checkbox"/> 關節痠痛 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 味覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 嗅覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 腹瀉(一天內有腹瀉三次以上) <input type="checkbox"/> 無以上任一症狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	3. 最近 14 天內，您是否因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)，被衛生主管機構列為防疫管制追蹤對象？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	4. 最近 14 天內，您或您的同住親友是否曾與嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)確診病例有接觸？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	5. 最近 14 天內，您是否有接觸：國外返台的家人或朋友？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

簽名： _____

填寫日期： _____