

臺中市政府勞工局委託辦理111年度視力協助員培訓暨服務管理計畫
因應嚴重特殊傳染性肺炎調查表

一、基本資料

(一) 姓名：_____

(二) 電話：_____

(三) 對象身分別：

市府人員：_____局

承辦單位職稱：_____

本計畫已合格之視力協助員

本計畫培訓中之視力協助員

本計畫課程訓練講師

視覺障礙者

本計畫業務督導老師

其他：_____

(四) 施打COVID-19疫苗情況

未施打COVID-19 疫苗

已完成接種第一劑COVID-19疫苗

已完成接種第二劑COVID-19疫苗

已完成接種第三劑COVID-19疫苗

二、最近一個月是否出現以下症狀（可複選）

無相關症狀。

有相關症狀： 咳嗽 腹瀉 噁心 嘔吐 肌肉或關節痠痛

流鼻水 喉嚨痛 四肢無力 頭痛 嗅覺失調

呼吸道窘迫症狀（呼吸急促、呼吸困難） 味覺失調

發燒（額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 、耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ） 其他：_____

以上相關症狀最早出現之日期： 年 月 日

三、最近一個月是否有出國旅遊/接觸史（含轉機）

(一) 最近一個月有無出國？

無 有（請續填以下欄位）

出國地點	出國日	回國日	交通工具或航班 編號及座位

(二) 最近一個月是否曾接觸發燒、呼吸道症狀或出國返臺人士：

否 是（請續填以下欄位，可複選）

接觸場所為： 同住 同處工作 校園 醫療院所 其他，

請註明 接觸起迄日期： 年 月 日至 年 月 日

本表單為因應嚴重特殊傳染性肺炎專用，受個資法保護，敬請照實填寫、配合調查，如有疑慮將協助連結相關單位，以利防疫，感謝您的配合。

(三) 最近一個月是否曾接觸嚴重特殊傳染性肺炎極可能或確定病例：

否 是 (請續填以下欄位，可複選)

接觸場所為：同住 同處工作 校園 醫療院所 其他，
請註明 接觸起迄日期： 年 月 日至 年 月 日

(四) 最近一個月是否曾居家檢疫、居家隔離或自主健康管理？

否 是 (請續填以下欄位)

最近幾天您的身體有無不適？ 無 有

四、其他想告知本會事項： _____

※麻煩請把這份因應嚴重特殊傳染性肺炎調查表及相關文件資料寄回或繳回本會，謝謝配合！！

中 華 民 國 1 1 1 年 月 日

本表單為因應嚴重特殊傳染性肺炎專用，受個資法保護，敬請照實填寫、配合調查，如有疑慮將協助連結相關單位，以利防疫，感謝您的配合。