

財團法人公共電視文化事業基金會
防範COVID-19新冠肺炎 訪客／來賓 健康聲明書

110.07.20版

姓名		身分證號		連絡電話	
快篩試劑 廠牌		快篩檢驗 日期		快篩 結果	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性
1. 請問您過去14天是否有發燒、咳嗽、流鼻水、頭痛、喉嚨痛、呼吸急促、嗅味覺異常或不明原因腹瀉症狀？（已服藥者須勾選「是」）					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <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"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 不明原因腹瀉					
2. 過去14天與您共同生活者是否有出現前項症狀？					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
3. 與您共同生活者過去14天是否曾與COVID-19（新冠肺炎）確診病例有接觸？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
4. 請問您過去14天是否有出國？【限制不可外出】					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：返國日期_____、國家為_____。					
5. 您過去14天是否曾與COVID-19（新冠肺炎）確診病例有接觸？ 【限制不可外出】 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
6. 請問您於參訪/錄影當日是否為衛生主管機關列管應接受居家隔離、居家檢疫期間？【限制不可外出】					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：說明_____					
7. 請問您於參訪/錄影當日是否為實施自主健康管理期間？ 【屬「就醫後經醫院安排採檢，返家後於接獲檢驗結果前」者，不可外出】					
<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：說明_____					
一、如經各級衛生主管機關認定應接受居家隔離、居家檢疫、集中隔離或集中檢疫者， <u>不得外出參與各項參訪/錄影活動</u> 。					
二、依傳染病防治法第37條第1項第6款規定，請詳實填寫及繳交本聲明書，並配合必要防疫措施；如有拒絕、規避妨礙或填寫不實者，依法處新臺幣3,000-15,000元罰鍰。					
三、每一欄位均為必填，請勿漏填。					
本人瞭解並同意公視基金會為防範 COVID-19 新冠肺炎之目的，依《個人資料保護法》蒐集、處理及利用，與個資當事人行使權利等相關規定，蒐集以上由本人所提供之個人相關資料，僅供本項業務於我國境內後續處理、聯絡、紀錄與相關公務之用。俟本項個人資料蒐集之特定目的終止時，公視基金會將主動予以銷毀。					
此致 財團法人公共電視文化事業基金會					
本人親簽：					
日期：民國_____年_____月_____日					