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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | □陰性 □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」）**  □否 □是：□發燒(額溫≥37. 5°C或耳溫≥38°C) □咳嗽 □流鼻水  □喉嚨痛 □頭痛 □呼吸急促 □嗅、味覺異常 □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？**  □否 □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？** □否 □是 | | | | | |
| **4. 請問您過去14天是否有出國？【限制不可外出】**  □否 □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】** □否 □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】**  □否 □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】**  □否 □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，**不得外**  **出參與各項參訪/錄影活動**。  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 | | | | | |

110.07.20版