

# 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(一般版) 健康聲明書

110.12.7

姓名	身分證號	連絡電話
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：  <div style="text-align: right;">日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div>		