

南亞技術學院 健康關懷紀錄

編號：

日間部 進修部 進修校院 教師 行政人員

班級：

學號：

姓名：

性別：

居住地址：

電話：

入境日期：

居家隔離(檢疫)期間：_____ ~ _____

	日期	發燒 (≥38°C)	流鼻水 鼻塞	咳嗽	呼吸 困難	全身 倦怠	四肢 無力	當日就醫
1		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
2		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
3		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
4		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
5		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
6		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
7		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
8		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
9		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
10		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
11		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
12		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
13		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					
14		<input type="checkbox"/> 無						
		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有, 疑似_____					

關懷人員簽名：

請於居家隔離(檢疫)結束後請將「本表」繳回衛生保健中心(F103)存參備查，敬請配合!!

學務處衛生保健中心簽收：