

# 110 年度秋季班產業碩士班招生考試

## 因應嚴重特殊傳染性肺炎健康關懷問卷

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情，請協助填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項：

一、個資蒐集告知聲明事項：本中心依據「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」代號 012 公共衛生或傳染病防治之特定目的，蒐集個人資料，且不得為目的外利用。所蒐集之資料僅保存 28 日，屆期銷毀。感謝您的配合。

二、個人資料利用之對象及方式：為防堵疫情而有必要時，得提供衛生主管機關依傳染病防治法等規定進行疫情調查及聯繫使用。

三、當事人就其個人資料得依個人資料保護法規定，向本中心行使權利，包括查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止處理或利用、請求刪除等。

當您勾選「同意」時，即表示您已閱讀過以上內容，且願意配合防護措施及個人資料之提供。

同意 不同意

身份類別：試務及監試人員(工作日：\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日)

考生

身心障礙及重大傷病考生陪考親友

突發傷病考生陪考親友

姓名	身分證號	日期	月	日
考生資料 (試務/監試人員免填此列)	考生姓名：_____	聯絡電話 (手機)		
	考生身分證號(或應試號碼)：_____			

### 問卷內容：

健康 聲明 事項	1.最近 14 天內，您是否有出入境史？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請羅列出入境日期：_____地點：_____
	2.最近 14 天內，您是否出現以下症狀？(可複選) <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"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 肌肉痠痛 <input type="checkbox"/> 關節痠痛 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 味覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 嗅覺失調或消失 <input type="checkbox"/> 腹瀉(一天內有腹瀉三次以上) <input type="checkbox"/> 無以上任一症狀 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	3.最近 14 天內，您是否因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)，被衛生主管機構列為防疫管制追蹤對象？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	4.最近 14 天內，您或您的同住親友是否曾與嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)確診病例有接觸？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
	5.最近 14 天內，您是否有接觸自國外返台的家人或朋友？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

簽名：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_