

國立空中大學 推廣教育中心

社會工作實習、社會福利實習課程 因應疫情防疫配套措施

社科系 110 下第 2 次系課策會通過 (111.3.11)

社科系 110 下第 3 次系課策會通過 (111.6.10)

第一條(目的)

為因應嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19) 疫情，及考量學生修讀社會工作實習、社會福利實習課程需求，特訂定本防疫配套措施，於疫情警戒期間開設之實習課程，請依本措施為處理原則辦理，防疫措施係配合政府機關規定實施，如遇政府機關修正相關規定，課程亦將配合修正。

第二條(開課中心承辦實習課程-作業流程)

為建立工作人員防疫應變能力、確實控管課程，降低疫情傳播風險，請開課中心承辦人於開課前填妥「因應防疫管理指引自我查檢表」(參照附件 1)，並於課程期間確實遵循指引內容，本指引所屬附件由開課中心留存，以備查驗。

※因應防疫管理指引自我查檢表-附件：

附件 1-1 工作人員-疫苗接種名冊

附件 1-2 學員-疫苗接種名冊

附件 1-3 課程人員名冊

附件 1-4 團督課程人員自我健康監測表

附件 1-5 學員實習期間-自我健康監測紀錄表

附件 1-6 疑似感染通報單及應變措施

附件 1-7 COVID-19 採檢後應注意事項

附件 1-8 教室清消及洗手設備檢查表

附件 1-9 工作人員說明書-疑似感染通報單及應變措施

附件 1-10 學員說明書-疑似感染通報單及應變措施

第三條(上課方式)

團督及個督原則上採實體授課，應符合下列辦理原則：

- (1)採固定座位、固定成員方式進行，並督導學員於團督課程、實習期間配合填寫自我健康監測表。
- (2)工作人員及學生應全程佩戴口罩且落實手部消毒，上課期間禁止飲食。
- (3)教室應保持通風良好及清消紀錄表，上課使用操作設備機具須妥善消毒。
- (4)學員若有經衛生主管機關或檢疫人員開立居家隔離通知書、居家檢疫通知書、自主健康管理通知書或本身疑似為新冠肺炎症狀感染者，一律禁止到校上課且須主動告知開課中心，得以採遠距視訊上課(需檢附相關證明)。
- (5)學員若無法配合現場防疫措施，致影響課堂秩序或危害他人安全者，本校得暫請離開上課場所，不得異議。

◆以上防疫管理措施依照中央疫情指揮中心公告及政府相關防疫規定配合辦理。

※備註-個督原則：

(1)依授課教師所訂定之時段，採預約制。

(2)於寄發開課通知時會附加個督時間表，並於第一堂團督時由老師協調學員個督時間。

(參照附件2)

第四條(學員報名條件)

於疫情警戒期間辦理實習課程，除符合實習辦法規定外，其報名學員應符合以下條件：

(1)需完成疫苗接種且滿 14 日，接種劑數以衛生福利部業管之 24 類場所(域)人員之最新規定為主 (須出示相關接種證明)。

【若經醫生評估且開立不建議施打疫苗者，一律採 PCR 檢測 或居家抗原快篩結果為陰性後，始符合報名資格，另於實習課程期間須自費每週一次 PCR 檢測 或居家抗原快篩陰性，才得至機構實習與參與學校團督/個督課程。除前述情況外，需 完成疫苗接種且滿 14 日才具報名資格。(凡 PCR 檢測 或居家抗原快篩結果皆須出示證明)】

(2)學員不得跨區域實習，居住地、機構及開課中心應於同一劃定範圍，以北北基宜、桃竹苗、中彰投、雲嘉南、高屏、花東為劃分區域，離島學員可自行選擇鄰近中心報名。

(3)學員應於報名時簽署「實習課程防疫配套措施學員同意書」，未同意者不得選修本中心實習課程。
(參照附件 3)

第五條(退費標準及退費辦法)

為確保學生校外實習健康安全，如因疫情嚴峻，學校保有停止開課、中止實習、隨時調整防疫配套等一切必要措施之權利。

(1)若因疫情警戒停課超過 3 個月，始開放學員申請退費，退費以實際上課次數(專業知能強化課程、實習團體督導及實習成果發表會共計 5-6 次課程)按比例退還;未申請退費學員則待疫情警戒減緩後繼續完成實習課程。

※因疫情警戒停課申請退費後，視同放棄該次課程至機構實習時數及上課時數，若再次報名修讀，機構實習及上課時數皆需重新計算，不得累計。

(2)除前項情況外，退費一律依據國立空中大學推廣教育實施辦法第 15 條辦理。

(3)如學員無法配合或違反相關防疫措施經勸導不聽者，開課中心得拒絕其參訓或予以退訓且概不退費。

第六條(承辦人員注意事項)

(1)請宣導學員至機構實習期間，須遵守配合實習機構之防疫措施;實習期間學員若有任何問題請主動聯繫通知開課中心。

(2)相關防疫附件如有發現問題(資料不實、未確實督導等)，本中心可立即要求該開課中心暫停開班。

第七條(相關表件)

於疫情警戒辦理實習課程，除符合原實習辦法外，應以防疫配套措施之附件為輔，且不得任意更改防疫表件內容之項目。

第八條

因應新冠肺炎疫情，實習課程相關防疫措施，配合政府規定滾動式修正，學員應於報名時簽署「實習課程防疫配套措施-學員同意書」，未同意者不得選修本中心實習課程。一旦報名繳費視同同意配合，報名後請留意相關公告或通知，如無法配合或違反相關防疫措施，本中心得拒絕其參訓或予以退訓且概不退費。

國立空中大學推廣教育中心社會工作/社會福利實習課程
因應 COVID-19 防疫管理指引自我查檢表(團督/個督)

開課中心：國立空中大學-○○中心

開課季別：***-*

【本表所屬附件由開課中心留存，以備查驗】

查檢項目	查核內容	作業說明(範例)	查檢結果
服務條件	<p>1. (1)學員/工作人員完成疫苗接種滿 14 日。 (<u>接種劑數以衛生福利部業管之 24 類場所(域)人員之最新規定為主</u>)</p> <p>(2)若經醫師評估且開立不建議施打疫苗證明無法施打者，須 PCR 檢驗 <u>或居家抗原快篩陰性</u>後，始得符合報名資格；另於實習課程期間須自費每週 1 次 PCR 檢驗 <u>或居家抗原快篩陰性</u>，才得至機構實習與參與學校團督/個督課程。</p>	<p>檢附文件「工作人員疫苗接種及篩檢情形」已接種疫苗者，並檢附「疫苗接種紀錄卡」照片。 (<u>※學員須出示接種證明 或醫師開立不建議施打疫苗之證明</u>)</p> <p>(附件 1-1 工作人員接種名冊) (附件 1-2 學員接種名冊)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>
	<p>2. 所有進出工作人員及參訓學員均應造冊。</p>	<p>如檢附文件「學員及工作人員名冊」 (附件 1-3 課程人員名冊) (附件 1-4 團督課程人員自我健康監測表)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

查檢項目	查核內容	作業說明(範例)	查檢結果
通報監測機制	3. 詢問及記錄參訓學員 TOCC，以評估是否具有 COVID-19 感染風險，並有前開人員具感染風險時之回報機制。	1. 如檢附文件「學員實習期間-自我健康監測紀錄表」 (附件 1-5 學員實習期間-自我健康監測紀錄表) 2. 異常回報機制： 如有疑似 COVID-19 感染症狀，安排儘速使用居家抗原快篩或就醫，開課中心 依附件 1-6 完成通報。(附件 1-6 疑似感染通報單及應變措施)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4. 工作人員造冊與訂定健康監測機制、工作人員發生發燒及健康狀況異常之請假規則及人力備援規劃，並有異常追蹤及處理機制。	1. 如檢附文件「團督課程-自我健康監測表」(附件 1-4) 2. 工作人員健康監測機制說明：出入口設置體溫量測站，並回報健康狀況。 3. 工作人員健康異常處理機制說明： (1)請假規則：協調人力之機動支援	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	5. 修課學員落實體溫量測及健康狀況監測，並有回報機制。	如檢附文件「學員實習期間-自我健康監測紀錄表」如人員健康有異常或感染風險，學員主動回報開課中心。 (附件 1-5)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	6. 工作人員及修課學員若有發燒及健康狀況異常，應落實「COVID-19 採檢後應注意事項」相關規定。	如有左列事項，由前項專責人員提供「COVID-19 採檢後應注意事項」供當事人遵守 (附件 1-7 COVID-19 採檢後應注意事項)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
建置防疫機制	7. 公共區域、教室、設備等之清潔消毒。針對現場人員經常接觸之範圍(包含電腦麥克風等)，應加強消毒次數。每次課程前後，皆需清潔、消毒。	清潔消毒作業紀錄表 項目包含： (1)地點及項目名稱 (2)清潔消毒日期時間 (3)作業人員姓名 (附件 1-8 教室清消及洗手設備紀錄表)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8. 工作人員及修課學員進入訓練場域應全程佩戴口罩，並於入口處進行體溫量測及執行手部衛生。	1. 落實佩戴口罩說明： (1)宣導所有人員全程佩戴口罩及未配合之處置	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

查檢項目	查核內容	作業說明(範例)	查檢結果
		(2)本單位備有備用口罩 2. 出入口防疫作業說明： (1)設有體溫量測設備 (2)提供酒精消毒用品 (3)本單位備有居家抗原快篩 (圖 1. 正確配戴口罩) (圖 2. 洗手七式) (圖 4-1 家用抗原快篩檢測陽性者就醫注意事項)	
	9. 建立分艙分流機制，確保服務過程可保持室內 1.5 公尺之社交距離。	1. 本班教室由固定出入口進出，減少與其他班次或人員接觸。 2. 本班教室課程時間，禁止非本班人士出入。 3. 本班教室容留人數符合規定，人員可保持 1.5 公尺距離。	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	10. 訓練場域內設有充足洗手設備（包括洗手台、肥皂或手部消毒劑、酒精性乾洗手液），並注意隨時補充乾洗手液或肥皂、擦手紙等相關耗材。	洗手設備檢查表項目包含： (1)項目 (2)配置地點 (3)作業人員姓名 (4)檢查及補充耗材時間 (附件 1-8 教室清消及洗手設備紀錄表)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	11. 維持教室通風，打開教室窗戶（每扇至少開啟 15 公分）、氣窗，維持通風使空氣流通，儘可能不使用冷氣空調。	教室通風機制說明： (1)本班教室窗戶維持開啟 15 公分以上。 (2)課程期間啟風扇/冷氣(視氣溫)。 (圖 3. 5029 教室通風圖)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	12. 清潔用具於使用完畢後應清潔消毒；清潔用具如抹布、拖把要經常清潔更換。	清潔消毒作業紀錄表(如附件 1-8)項目包含： (1)用品名稱 (2)清潔消毒日期時間 (3)作業人員姓名	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	13. 加強宣導防治嚴重特殊傳染性肺炎相關訊息。	電子郵件或印製宣導供工作人員及學員遵守。(圖 4. 嚴重特殊傳染性肺炎宣導)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

查檢項目	查核內容	作業說明(範例)	查檢結果
	14. 有隔離空間供疑似 COVID-19 感染者暫留或具感染風險者留置，並符合感染管制原則。	1. 隔離空間環境照片 2. 隔離空間為獨立空間，有實體門板區隔。 (圖 5. 5030 隔離教室環境圖)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疑似 新冠 肺炎 病例 應變 措施	15. 有對疑似 COVID-19 病例者採取適當隔離防護措施的機制，且服務人員清楚知悉。	1. 上課時段如出現疑似 COVID-19 病例，送醫或返家前，暫時安置於訓練單位內獨立隔離空間 2. 工作人員已閱覽並簽名(附 1-9)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	16. 訂有工作人員及修課學員於訓練場域內發生發燒或出現呼吸道症狀時之就醫動線與流程。	就醫動線與流程說明： (1) 備用隔離空間 (2) 聯繫救護作業 (3) 送醫動線 (4) 通報對象及電話 (5) 消潔消毒 (圖 6. 南院送醫路線_工作區域)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
確診 新冠 肺炎 病例 應變 處置	17. 工作人員及修課學員均知悉服務期間內，有確診新冠肺炎病例時之通報、應變、配合事項、暫停服務及環境清潔等處置措施。	1. 確診新冠肺炎病例應變處置措施(如附件 1-6) 2. 工作人員已閱覽並簽名，另於開課當日向學員說明。 (附件 1-9 工作人員說明書-疑似感染通報單及應變措施)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	18. 應定期向工作人員及修課學員宣導有確診新冠肺炎病例時之通報與應變、暫停服務及環境清潔等處置措施。	工作人員定期宣導作業說明：於第一堂課程向修課學員宣導有新冠肺炎確診病例時之通報與應變、暫停服務及環境清潔等處置措施。並每次課前提醒該堂課程工作人員。(附件 1-10 學員說明書-疑似感染通報單及應變措施)	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

填表日期： 年 月 日

承辦人員簽章：

主管人員簽章：

國立空中大學推廣教育中心因應 COVID-19 防疫管理 社會工作/社會福利實習課程-工作人員疫苗接種名冊

開課中心：國立空中大學推廣教育中心-校本部

開課季別：***-*

學分班課程名稱：社會工作實習/社會福利實習

※【因涉傳染病防治法及個資法，請教職員及學員出示 COVID-19 疫苗接種紀錄卡（如下方範例圖 1），且勿外傳相關訊息。】

稱謂	姓名	身分證字號	生日	聯絡電話	是否完成疫苗接種且滿 14 日 (接種劑數以衛生福利部業管之 24 類場所(域)人員之最新規定為主)
行政人員					是 (圖 1)
講師					
工作人員					
工作人員					
工作人員					
工作人員					

範例 圖 1:

COVID-19 疫苗接種紀錄卡 COVID-19 Vaccination Record

中文姓名 Name: [Redacted] 英文姓名(同護照) Last Name: [Redacted] First Name: [Redacted]

出生日期(西元) Date of Birth: [Redacted] 國籍 Nationality: [Redacted] 身分證/居留證/護照號碼 ID/ARC/passport No.: [Redacted]

疫苗種類/劑次 Vaccine/ Dose	廠牌/品名 Manufacturer/ Product name	接種日期 Date vaccine given yyyy / mm / dd	醫師或接種者簽名 Signature of healthcare professional	接種單位章戳 Official stamp of administering center
COVID-19疫苗第1劑 COVID-19 1 st dose	Astra Zeneca COVID-19疫苗	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
第2劑預約日期 Appointment date for 2 nd dose: [Redacted]				

工作人員：

承辦人員：

國立空中大學推廣教育中心因應 COVID-19 防疫管理

社會工作/社會福利實習課程-學員疫苗接種名冊

開課中心：國立空中大學推廣教育中心-校本部

開課季別：***-*

學分班課程名稱：社會工作實習/社會福利實習

【因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。】

編號	姓名	生日	身分證統一編號	聯絡電話	疫苗接種情形 (需出示接種證明)	學員簽章
1					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
2					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
3					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
4					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
5					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
6					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
7					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
8					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
9					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
10					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	

編號	姓名	生日	身分證統一編號	聯絡電話	疫苗接種情形 (需出示接種證明)	學員簽章
11					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
12					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
13					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
14					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	
15					<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿 14 日 <input type="checkbox"/> 未接種原因_____	

工作人員：

承辦人員：

國立空中大學推廣教育中心 社會工作/社會福利實習課程 (學員/工作人員)名冊

中心: _____ 年度/季別: _____ 課程名稱: 社會福利/工作實習

NO.	學生姓名	生日	身分證字號	實習機構名稱	實習機構電話	學員通訊地址	學員聯絡電話	學員緊急聯絡人電話	疫苗接種情形
1								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
2								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
3								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
4								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
5								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
6								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
7								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
8								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
9								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
10								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
11								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因

NO.	學生姓名	生日	身份證字號	實習機構名稱	實習機構電話	學員通訊地址	學員聯絡電話	學員緊急聯絡人電話	疫苗接種情形
12								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
13								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
14								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
15								關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因

※【因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。】

NO.	稱謂	姓名	生日	身份證字號	通訊地址	聯絡電話	緊急連絡人電話	疫苗接種情形
1	授課教師						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
2	授課教師						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
3	工作人員						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
4	工作人員						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
5	工作人員						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
6	工作人員						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因
7	工作人員						關係:	<input type="checkbox"/> 已接種__劑滿14日 <input type="checkbox"/> 未接種原因

國立空中大學推廣教育中心 社會工作實習、社會福利實習課程

團督課程-自我健康監測紀錄表(學員及工作人員)

開課中心: 校本部 課程季別/名稱: ***-* 社工/福實習

課程日期: 年 月 日 星期 課程時間: : - :

備註: 團督第一次

編號	學員姓名	聯絡電話	體溫	學員健康情況				TOCC 備註	症狀編號: A. 發燒 B. 喉嚨痛 C. 呼吸急促 D. 咳嗽 E. 流鼻涕 F. 肌肉痠痛 G. 倦怠 H. 頭痛 I. 嘔吐 J. 腹瀉 K. 皮膚紅疹 L. 眼睛紅 M. 咽峽及身體出現水泡或潰瘍 N. 嗅覺、味覺異常 O. 其他_____
				均無症狀 (請✓)	症狀 (編號)	健康管理措施			
1	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
2	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
3	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
4	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
5	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
6	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
7	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
8	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
9	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		

※疫情期間詢問症狀與 TOCC 【旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)】等資料。

編號	學員姓名	聯絡電話	體溫	學員健康情況				TOCC 備註	症狀編號: A. 發燒 B. 喉嚨痛 C. 呼吸急促 D. 咳嗽 E. 流鼻涕 F. 肌肉痠痛 G. 倦怠 H. 頭痛 I. 嘔吐 J. 腹瀉 K. 皮膚紅疹 L. 眼睛紅 M. 咽峽及身體出現水泡或潰瘍 N. 嗅覺、味覺異常 O. 其他_____
				均無症狀 (請✓)	症狀 (編號)	健康管理措施			
10	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
11	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
12	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
13	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
14	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
15	_____	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
16	(授課教師)	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
17	(工作人員)	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	

※疫情期間詢問症狀與 TOCC【旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)】等資料。

※因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。

工作人員：

中心承辦人：

學員實習期間-自我健康監測紀錄表 (____年)

同學您好【因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。】

1. 因應COVID-19本土疫情，請使用「自我健康監測」紀錄表，主動紀錄當日體溫與健康情況，並於每次團督課程時繳回至開課中心，以備存查。
2. 若出現發燒、呼吸道症狀、腹瀉或嗅味覺異常等疑似新冠肺炎症狀，應確實佩戴口罩，儘速就醫，且不得搭乘大眾交通運輸工具。如就醫經醫院安排採檢者，返家後於接獲檢驗報告結果前，應留在住居所不可外出並主動告知開課中心。

落實個人防護措施，主動積極配合各項防疫規範，以兼顧防疫與生活品質。謝謝您的配合！

國立空中大學 ○○中心 關心您！

姓名		聯絡電話		姓名				通訊地址			
日期	上午/下午	體溫	咳嗽	流鼻水/鼻塞	腹瀉	嗅/味覺異常	全身倦怠	四肢無力	呼吸困難	當日就醫	接觸史 (如有請詳述)
1	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
2	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
3	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
4	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
5	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
6	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
7	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
8	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
9	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
10	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
12	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
13	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
14	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
15	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
16	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
17	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
18	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
19	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
20	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
21	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
22	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
23	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
24	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
25	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
26	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
27	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
28	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
29	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
30	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
31	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

國立空中大學推廣教育中心社會工作/社會福利實習課程

感染 COVID-19、抗原快篩或 PCR 檢驗陽性-通報單

(使用家用抗原快篩試劑檢測結果為陽性，經醫師人員確認或由醫事人員執行抗原快篩結果陽性者，即可研判為確定病例。)

通報日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

中心別：_____ 通報人姓名：_____ 聯絡電話：_____

中心地址：_____ 縣/市

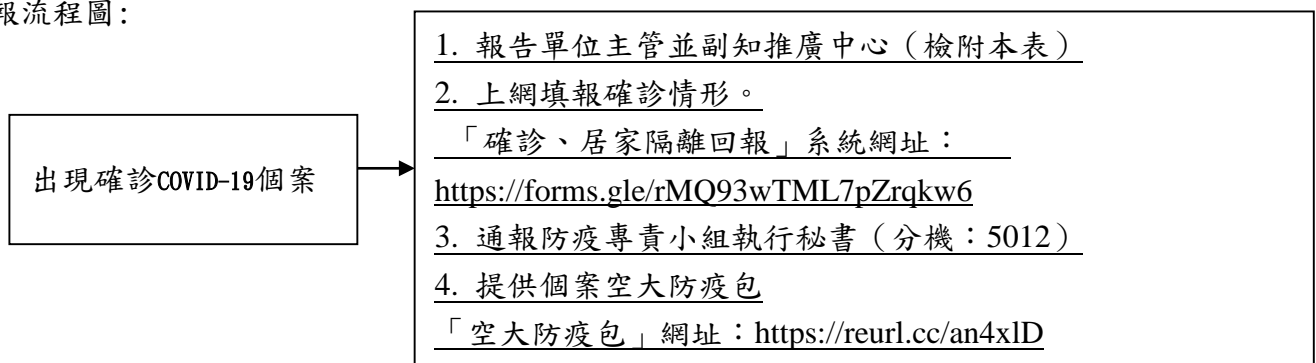
修課學員總人數：_____ 人 工作人員總人數：_____ 人

編號	個案姓名	職業別	身份證字號	年齡	病毒核酸檢驗 採檢院所名稱 確診日期 (PCR陽性或視訊問 診確診日)	應變方式
1						
2						
3						
4						
5						

※【因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。】

※中心若發現抗原快篩或PCR檢驗為陽性之COVID-19個案，請電知推廣中心、填具本表回傳校本部(以密件電郵傳至推廣中心承辦人)並副知本校校本部相關單位(如下方通報流程圖)。

※通報流程圖：



國立空中大學推廣教育中心社會工作/社會福利實習課程

發生疑似感染風險者之應變措施說明

一、監測通報

工作人員或參訓學員如有肺炎或出現發燒、呼吸道 症狀、嗅覺味覺異常或不明原因腹瀉等疑似 COVID-19 感染症狀，應儘速使用家用抗原快篩篩檢；若檢測結果為陽性，亦經醫師人員確認，或由醫事人員執行抗原快篩陽性者及可研判為確定病例。(通報單如附件1-6)

二、符合 COVID-19 病例定義：

1. 請先行使用家用抗原快篩檢測結果若為陽性，該名個案情況亦允許請個案立即返家（可由視訊診療或前往社區篩檢站、醫療院所請醫師現場評估確認快篩陽性結果），可自行開車、騎車、步行或家人親友接送，禁止搭乘大眾運輸工具；若該個案身體狀況不佳則撥打119由救護車送院治療。
2. 若在當日上課時段出現疑似COVID-19病例，應先將病人安置於隔離空間進行家用抗原快篩，與其他人員適當區隔；待病人離開後應進行清潔消毒，負責環境清潔消毒的人員於作業時應穿戴適當的個人防護裝備。
3. 若需使用救護車，救護車運送人員及轉入的醫院必須提前告知病人症狀等狀況，以利安排處置措施及防護裝備。

三、疑似COVID-19病例之學員或經衛生主管機關或檢疫人員開立居家隔離通知書、居家檢疫通知書、自主健康管理通知書等相關通知，請依據通知書內容遵照相關規定辦理，不得到校上課。

COVID-19 採檢後應注意事項

為降低可能傳播風險，並保障您自己、親友及周遭人士的健康，請您於採檢後遵守下列注意事項：

- 一、生病期間應於家中休養，並佩戴醫用口罩，非絕對必要，避免外出，與他人交談時，除戴上醫用口罩外，儘可能保持 1 公尺以上距離，當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。
- 二、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手及澈底洗淨。
- 三、採檢後如果症狀加劇，請確實佩戴好醫用口罩，並主動與衛生單位聯繫，或撥 1922，依指示儘速就醫，且禁止搭乘大眾運輸工具就醫。

使用家用抗原快篩檢測陽性者就醫注意事項

- ★於判讀陽性之檢測卡匣/檢測片，寫上檢測者姓名及檢測日期
- ★配合於醫師視訊或現場評估時出示判讀陽性之檢測卡匣/檢測片
- ★如以視訊診療，請事先將寫上姓名/日期之檢測卡匣/檢測片及健保卡放在一起拍照
- ★為降低病毒傳播的風險，須親自到院時應注意以下事項：
 - 如至診所請醫師確認，應以夾鏈袋或塑膠袋密封包好攜帶至診所
 - 外出時務必佩戴口罩，請勿搭乘大眾交通工具，可自行開車、騎車、步行或家人親友接送(雙方應全程佩戴口罩)
 - 正確佩戴口罩、遵循呼吸道衛生與咳嗽禮節、落實手部衛生
 - 遵循院所規劃之就醫動線與流程
 - 報到時主動告知院所抗原快篩檢測結果
 - 避免與他人交談。除補充水分外，避免外食
 - 避免於院內非就醫必要區域活動，請勿進入美食街

2022/05/26

中央流行疫情指揮中心

PCR 採檢條件調整

SARS-CoV-2 PCR 檢驗時機，除指揮中心已核定之專案或採檢對象*外，建議可包含以下任一情形或對象：

- 1 醫事人員執行抗原快篩時，對於快篩結果判斷有疑慮時
- 2 民衆自行進行家用抗原快篩試劑檢測，但醫師及病人對於抗原快篩陽性結果無法達成共識時
- 3 經抗原快篩陽性之確診者於隔離治療期間有住院需求時
- 4 抗原快篩陰性但臨床醫師懷疑為SARS-CoV-2感染之症狀時，特別是有COVID-19重症風險因子之對象
- 5 抗原快篩陽性之第一線醫療工作人員，必要時可於24小時內採檢以PCR複驗
- 6 抗原快篩陽性亦可至社區篩檢站進行PCR採檢

*註：係指經指揮中心同意或公布之對象包含入境檢疫、部會專案、醫院因應 COVID-19 醫療應變措施規範之採檢對象、COVID-19醫療機構與衛生福利機構相關感染管制指引規範之對象及開放民衆自費檢驗之對象等。

2022/05/25

中央流行疫情指揮中心

發生疑似感染風險者之應變措施說明

一、監測通報

工作人員或參訓學員如有肺炎或出現發燒、呼吸道症狀、嗅覺味覺異常或不明原因腹瀉等疑似COVID-19感染症狀，應儘速使用家用抗原快篩篩檢；若檢測結果為陽性，亦經醫師人員確認，或由醫事人員執行抗原快篩陽性者及可研判為確定病例。(通報單如附件1-6)

二、符合 COVID-19 病例定義

1. 請先行使用家用抗原快篩檢測結果若為陽性，該名個案情況亦允許請個案立即返家(可由視訊診療或前往社區篩檢站、醫療院所請醫師現場評估確認快篩陽性結果)，可自行開車、騎車、步行或家人親友接送，禁止搭乘大眾運輸工具；若該個案身體狀況不佳則撥打119由救護車送院治療。
 2. 若在當日上課時段出現疑似COVID-19病例，應先將病人安置於隔離空間進行家用抗原快篩，與其他人員適當區隔；待病人離開後應進行清潔消毒，負責環境清潔消毒的人員於作業時應穿戴適當的個人防護裝備。
 3. 若需使用救護車，救護車運送人員及轉入的醫院必須提前告知病人症狀等狀況，以利安排處置措施及防護裝備。
- 三、疑似COVID-19病例之學員或經衛生主管機關或檢疫人員開立居家隔離通知書、居家檢疫通知書、自主健康管理通知書等相關通知，請依據通知書內容遵照相關規定辦理，不得到校上課。

備註：若為具COVID-19感染風險者居家隔離或居家檢疫期間之學員，依規定不可至校園。

國立空中大學推廣教育中心					
○○○年 工作人員「發生疑似感染風險者之應變措施說明」					
詳閱後請於下方簽名					
1.	2.	3.	4.	5.	6.
7.	8.	9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.			

發生疑似感染風險者之應變措施說明

一、監測通報

工作人員或參訓學員如有肺炎或出現發燒、呼吸道症狀、嗅覺味覺異常或不明原因腹瀉等疑似COVID-19感染症狀，應儘速使用家用抗原快篩篩檢；若檢測結果為陽性，亦經醫師人員確認，或由醫事人員執行抗原快篩陽性者及可研判為確定病例。(通報單如附件1-6)

二、符合 COVID-19 病例定義

1. 請先行使用家用抗原快篩檢測結果若為陽性，該名個案情況亦允許請個案立即返家(可由視訊診療或前往社區篩檢站、醫療院所請醫師現場評估確認快篩陽性結果)，可自行開車、騎車、步行或家人親友接送，禁止搭乘大眾運輸工具；若該個案身體狀況不佳則撥打119由救護車送院治療。
2. 若在當日上課時段出現疑似COVID-19病例，應先將病人安置於隔離空間進行家用抗原快篩，與其他人員適當區隔；待病人離開後應進行清潔消毒，負責環境清潔消毒的人員於作業時應穿戴適當的個人防護裝備。
3. 若需使用救護車，救護車運送人員及轉入的醫院必須提前告知病人症狀等狀況，以利安排處置措施及防護裝備。

三、疑似COVID-19病例之學員或經衛生主管機關或檢疫人員開立居家隔離通知書、居家檢疫通知書、自主健康管理通知書等相關通知，請依據通知書內容遵照相關規定辦理，不得到校上課。

備註：

1. 若為具COVID-19感染風險者居家隔離或居家檢疫期間之學員，依規定不可至校園。

國立空中大學推廣教育中心					
○○○年 學員「發生疑似感染風險者之應變措施說明」					
詳閱後請於下方簽名					
1.	2.	3.	4.	5.	6.
7.	8.	9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.			

圖1



圖2



圖3



圖4

一張圖帶您認識 嚴重特殊傳染性肺炎 (武漢肺炎) 防疫

疾病介紹
潛伏期 14天
 提醒：有發燒、咳嗽或呼吸急促等症狀，請配戴口罩儘速就醫及返家自主隔離，避免參加任何活動。

預防方式
 咳嗽戴口罩、肥皂勤洗手、少去人多場所、避免接觸野生動物、禽鳥

戴口罩時機
 1 看病、陪病、探病的時候應戴口罩
 2 有呼吸症狀者應戴口罩
 3 慢性病患外出建議戴口罩

環境清潔
 環境消毒可用含氯漂白水自行配製使用(含氯漂白水：清水=1：100的比例稀釋做環境消毒)

中央防疫專線請撥 **1922**
 (或臺北市府防疫專線02-2375-3782)

臺北市府衛生局 關心您

圖4-1

使用家用抗原快篩檢測陽性者就醫注意事項

- ★於判讀陽性之檢測卡匣/檢測片，寫上檢測者姓名及檢測日期
- ★配合於醫師視訊或現場評估時出示判讀陽性之檢測卡匣/檢測片
- ★如以視訊診療，請事先將寫上姓名/日期之檢測卡匣/檢測片及健保卡放在一起拍照
- ★為降低病毒傳播的風險，須親自到院時應注意以下事項：
 - 如至診所請醫師確認，應以夾鏈袋或塑膠袋密封包好攜帶至診所
 - 外出時務必佩戴口罩，請勿搭乘大眾交通工具，可自行開車、騎車、步行或家人親友接送(雙方應全程佩戴口罩)
 - 正確佩戴口罩、遵循呼吸道衛生與咳嗽禮節、落實手部衛生
 - 遵循院所規劃之就醫動線與流程
 - 報到時主動告知院所抗原快篩檢測結果
 - 避免與他人交談。除補充水分外，避免外食
 - 避免於院內非就醫必要區域活動，請勿進入美食街

2022/05/26

中央流行疫情指揮中心

圖5

圖-5030 教室 (隔離教室外部)

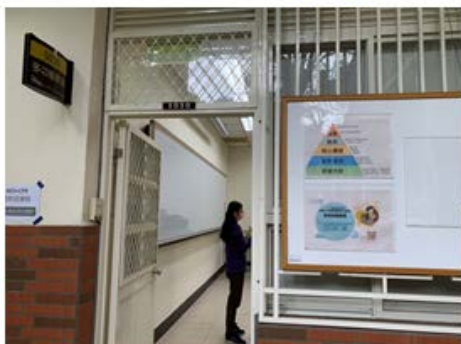


圖-5030 教室 (隔離教室內部)

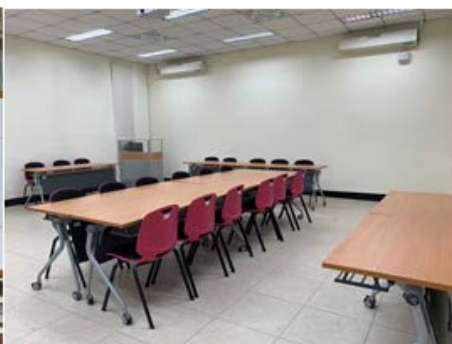
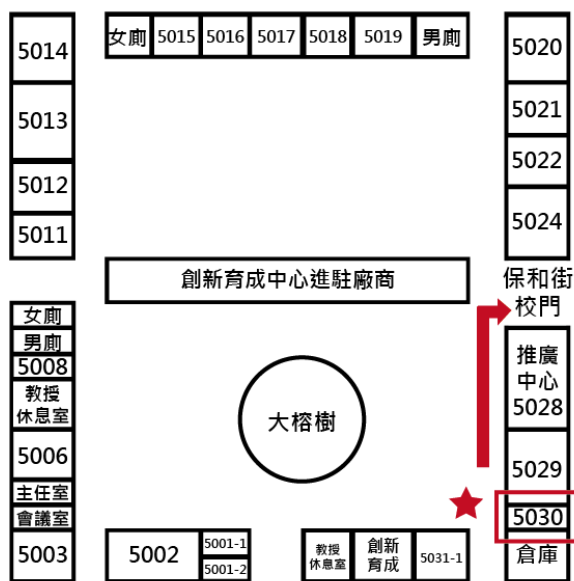


圖6

國立空中大學推廣教育中心-南院平面圖



★ 隔離教室 → 送醫路線

國立空中大學 推廣教育中心

社會工作實習、社會福利實習課程實習個督紀錄表

開課中心		學校督導 教師	
課程名稱			

一、個督時間：每次固定2小時，需進行至少8次實習個別督導工作

（※8次個督的總計時間應含括該班所有實習學生）。

二、學校督導教師開放個督時段：

次	個督日期	個督時間	學員姓名
第一次		時 分 至 時 分	
第二次			
第三次			
第四次			
第五次			
第六次			
第七次			
第八次			

承辦人簽章：

督導教師簽章：

國立空中大學 推廣教育中心 社會工作實習、社會福利實習課程 因應疫情防疫配套措施 學員同意書

為因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情，及考量學生修讀社會工作實習、社會福利實習課程需求，特訂定本防疫配套措施，於疫情警戒期間開設之實習課程，請依本措施為處理原則辦理，降低疫情傳播風險，防疫措施係配合政府機關規定實施，如遇政府機關修正相關規定，課程亦將配合修正，學員應配合辦理。

一、 團督及個督原則上採實體授課，應符合下列辦理原則：

- (1)採固定座位、固定成員方式進行，並於團督課程、實習期間配合填寫自我健康監測表。（如附件一、二）
- (2)授課教師及學生應全程佩戴口罩且落實手部消毒，上課期間禁止飲食。
- (3)教室應保持通風良好及清消紀錄表，上課使用操作設備機具須妥善消毒。
- (4)學員若有經衛生主管機關或檢疫人員開立居家隔離通知書、居家檢疫通知書、自主健康管理通知書或本身疑似為新冠肺炎症狀感染者，一律禁止到校上課且須主動告知開課中心，得以採遠距視訊上課(需檢附相關證明)。
- (5)學員若無法配合現場防疫措施，致影響課堂秩序或危害他人安全經勸導不聽者，開課中心得拒絕其參訓或予以退訓且概不退費。

※以上防疫管理措施依照中央疫情指揮中心公告及政府相關防疫規定配合辦理。

備註-個督原則：

- (1)依授課教師所訂定之時段，採預約制。
- (2)於寄發開課通知時會附加個督時間表，並於第一堂團督時由老師協調學員個督時間。（如附件三）

二、 於疫情警戒期間辦理實習課程，除符合實習辦法規定其報名學員應符合以下條件：

- (1)學員需完成疫苗接種且滿 14 日，接種劑數以衛生福利部業管之24類場所(域)人員之最新規定為主。（須出示接種證明）

【若經醫生評估且開立不建議施打疫苗者，一律採 PCR 檢測或居家抗原快篩結果為陰性後，始符合報名資格，另於實習課程期間須自費每週一次 PCR 檢測或居家抗原快篩陰性，才得至機構實習與參與學校團督/個督課程。除前述情況外，需完成疫苗接種且滿 14 日才具報名資格。（凡 PCR 檢測或居家抗原快篩結果皆須出示證明）】

- (2)學員不得跨區域實習，居住地、機構及開課中心應於同一劃定範圍，以北北基宜、桃竹苗、中彰投、雲嘉南、高屏、花東為劃分區域，離島學員可自行選擇鄰近中心報名。

三、退費標準及退費辦法:

為確保學生校外實習健康安全，如因疫情嚴峻，學校保有停止開課、中止實習、隨時調整防疫配套等一切必要措施之權利。

(1)若因疫情警戒停課超過3個月，始開放學員申請退費，退費以實際上課次數(專業知能強化課程、實習團體督導及實習成果發表會共計5-6次課程)按比例退還;未申請退費學員則待疫情警戒減緩後繼續完成實習課程。

(2)學員因疫情警戒停課申請退費後，視同放棄該次課程至機構實習時數及上課時數，若再次報名修讀實習課程，機構實習及上課時數皆需重新計算，不得累計。

(3)除第一項情況外，退費一律依據國立空中大學推廣教育實施辦法第 15 條辦理。

四、學員至機構實習期間，須遵守配合實習機構之防疫措施;實習期間學員若有任何問題請主動聯繫通知開課中心。

五、因應新冠肺炎疫情，實習課程相關防疫措施，配合政府規定滾動式修正，學員應於報名時簽署「實習課程防疫配套措施-學員同意書」，未同意者不得選修本中心實習課程。一旦報名繳費視同同意配合，報名後請留意相關公告或通知，如無法配合或違反相關防疫措施，本中心得拒絕其參訓或予以退訓且概不退費。

社會工作實習、社會福利實習課程防疫配套措施 學員同意書

立書人 _____ 已詳閱國立空中大學推廣教育中心社會工作實習、社會福利實習課程因應疫情防疫配套措施，學員同意課程期間配合相關規定且不得異議，如無法配合或拒絕配合相關防疫措施，本中心得拒絕其參訓或予以退訓，且不退費。

此致 國立空中大學〇〇中心

立書人：_____

身份證字號：_____

聯絡電話：_____

通訊地址：_____

緊急聯絡人：_____ 關係：_____ 聯絡電話：_____

中 華 民 國 年 月 日

國立空中大學推廣教育中心 社會工作實習、社會福利實習課程

團督課程-自我健康監測紀錄表(學員及工作人員)

開課中心: 校本部 課程季別/名稱: ***-* 社工/福實習

課程日期: 年 月 日 星期 課程時間: : - :

備註: 團督第一次

編號	學員姓名	聯絡電話	體溫	學員健康情況				TOCC 備註	症狀編號: A. 發燒 B. 喉嚨痛 C. 呼吸急促 D. 咳嗽 E. 流鼻涕 F. 肌肉痠痛 G. 倦怠 H. 頭痛 I. 嘔吐 J. 腹瀉 K. 皮膚紅疹 L. 眼睛紅 M. 咽峽及身體出現水泡或潰瘍 N. 嗅覺、味覺異常 O. 其他_____
				均無症狀 (請✓)	症狀 (編號)	健康管理措施			
1						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
2						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
3						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
4						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
5						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
6						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
7						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
8						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		
9						<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別: _____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家: _____ <input type="checkbox"/> 接觸史: _____ <input type="checkbox"/> 群聚史: _____ <input type="checkbox"/> 無		

※疫情期間詢問症狀與 TOCC【旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)】等資料。

編號	學員姓名	聯絡電話	體溫	學員健康情況				TOCC 備註	症狀編號: A. 發燒 B. 喉嚨痛 C. 呼吸急促 D. 咳嗽 E. 流鼻涕 F. 肌肉痠痛 G. 倦怠 H. 頭痛 I. 嘔吐 J. 腹瀉 K. 皮膚紅疹 L. 眼睛紅 M. 咽峽及身體出現水泡或潰瘍 N. 嗅覺、味覺異常 O. 其他_____
				均無症狀 (請✓)	症狀 (編號)	健康管理措施			
10		_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
11		_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
12		_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
13		_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
14		_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
15		_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
16	(授課教師)	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	
17	(工作人員)	_____	_____			<input type="checkbox"/> 洗手 <input type="checkbox"/> 酒精 <input type="checkbox"/> 戴口罩 <input type="checkbox"/> 隔離衣	<input type="checkbox"/> 職業別:_____ <input type="checkbox"/> 一個月內旅遊史, 國家:_____	<input type="checkbox"/> 接觸史:_____ <input type="checkbox"/> 群聚史:_____ <input type="checkbox"/> 無	

※疫情期間詢問症狀與 TOCC【旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)】等資料。

※因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。

工作人員：

中心承辦人：

國立空中大學推廣教育中心 社會工作實習、社會福利實習課程

學員實習期間-自我健康監測紀錄表 (____年)

同學您好【因涉傳染病防治法及個資法，請勿外傳相關訊息。】

1. 因應COVID-19本土疫情，請使用「自我健康監測」紀錄表，主動紀錄當日體溫與健康情況，並於每次團督課程時繳回至開課中心，以備存查。
2. 若出現發燒、呼吸道症狀、腹瀉或嗅味覺異常等疑似新冠肺炎症狀，應確實佩戴口罩，儘速就醫，且不得搭乘大眾交通運輸工具。如就醫經醫院安排採檢者，返家後於接獲檢驗報告結果前，應留在住居所不可外出並主動告知開課中心。

落實個人防護措施，主動積極配合各項防疫規範，以兼顧防疫與生活品質。謝謝您的配合！

國立空中大學 ○○中心 關心您！

姓名		聯絡電話		姓名		通訊地址						
日期	上午/下午	體溫	咳嗽	流鼻水/鼻塞	腹瀉	嗅/味覺異常	全身倦怠	四肢無力	呼吸困難	當日就醫	接觸史 (如有請詳述)	
1	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
2	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
3	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
4	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
5	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
6	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
7	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
8	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
9	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
10	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
11	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
12	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
13	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
14	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
15	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
16	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
17	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
18	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
19	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
20	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
21	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
22	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
23	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
24	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
25	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
26	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
27	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
28	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
29	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
30	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y

	日期	上午/ 下午	體溫	咳嗽	流鼻水 /鼻塞	腹瀉	嗅/味覺 異常	全身 倦怠	四肢 無力	呼吸 困難	當日 就醫	接觸史 (如有請詳述)
31	/	上午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		下午		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

國立空中大學 推廣教育中心

社會工作實習、社會福利實習課程實習個督紀錄表

開課中心		學校督導 教師	
課程名稱			

一、個督時間：每次固定2小時，需進行至少8次實習個別督導工作

(※8次個督的總計時間應含括該班所有實習學生)。

二、學校督導教師開放個督時段：

次	個督日期	個督時間	學員姓名
第一次		時 分 至 時 分	
第二次			
第三次			
第四次			
第五次			
第六次			
第七次			
第八次			

承辦人簽章：

督導教師簽章：