

# 「早期緩和醫療照護:癌因性疲憊症」臨床教育研討會-高醫場

## 學員健康聲明書

敬啟者:

歡迎您參與本次課程。因疫情起伏不定，為確保與會學員健康，需請您填寫健康聲明書。本會恪遵個人資料保護法，相關資料僅作本次研討會使用。

一、基本資料			
姓名		身分證字號	
二、是否有不適症狀			
<input type="checkbox"/> 發燒 (額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 噁心或嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 流鼻水或鼻塞 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 肌肉/關節酸痛 <input type="checkbox"/> 其他_____上述症狀起始日: _____			<input type="checkbox"/> 否
三、14 日內(111/8/14~111/8/27)，您本人是否有出國旅遊居住史？			
旅遊國家: _____ 轉機及過境日期: _____ 返台日期: _____			<input type="checkbox"/> 無
四、14 日內(111/8/14~111/8/27)，您的同住者是否有出國旅遊居住史？			
旅遊國家: _____ 轉機及過境日期: _____ 返台日期: _____			<input type="checkbox"/> 無
五、14 日內(111/8/14~111/8/27)，您或您的同住者是否曾與 COVID-19 確診者接觸？			
<input type="checkbox"/> 是			<input type="checkbox"/> 否
六、您目前是否為「自主健康管理」或「自主防疫」對象？			
<input type="checkbox"/> 自主健康管理 <input type="checkbox"/> 自主防疫			<input type="checkbox"/> 否
七、您目前是否為中央流行疫情指揮中心所定義之下列對象？			
<input type="checkbox"/> 居家照護 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 其他			<input type="checkbox"/> 否

特別聲明:

本人非屬「尚未痊癒或尚未解除隔離之確診者」或「居家檢疫或居家隔離或加強自主健康管理之個案」或「自主健康管理就醫採檢尚未接獲檢驗結果之個案」，並保證所填資料屬實，若有隱匿將接受傳染病防治法等法規之追訴究責。

此致

高雄醫學大學附設醫院護理部、台灣癌症安寧緩和醫學會

本人: \_\_\_\_\_ (親簽)

日期: \_\_\_\_\_