

# 高雄醫學大學 110 學年度「學士後醫學系」招生入學考試 防疫問卷及健康聲明書(面試第一天梯次考生用)

您好，因應 COVID-19 疫情，高雄醫學大學十分關心各位考生，多一分準備，就能夠多一分安心。敬請填妥後親自簽名，並於考試當日報到時交予試務人員，謝謝！

一、基本資料			
准考證號碼		姓名	
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"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 否
上述症狀起始日：_____			
三、本人旅遊居住史			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
四、同住者旅遊居住史			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
五、前 21 日內，您是否曾接觸疑已確診新冠肺炎個案？			
<input type="checkbox"/> 是			<input type="checkbox"/> 否
六、前 21 日內，您是否曾接觸正在居家隔離、居家檢疫、自主健康管理之親友？			
<input type="checkbox"/> 是			<input type="checkbox"/> 否
七、您是否曾於前 14 日內出入中央疫情指揮中心所列本土個案足跡之地點？			
縣市：_____			<input type="checkbox"/> 否
停留起訖時間：自____月____日至自____月____日			
八、您目前是否為衛生主管機關列管對象			
<input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 通報採檢對象 <input type="checkbox"/> 自主健康管理			<input type="checkbox"/> 否

本人於考試當日非屬「自主健康管理就醫採檢尚未接獲檢驗結果之個案」或「居家檢疫或居家隔離之個案」或通報為「疑似或確診 COVID-19 病例」，特此聲明。倘有隱匿或不實，願自負法律責任與相關單位裁罰，且由主辦單位取消應考與錄取資格。並承諾遵守高雄醫學大學各項防疫因應措施；若於應試期間自覺有發燒、咳嗽、呼吸急促等不適，應主動通知試務人員。

此致

高雄醫學大學

考 生：\_\_\_\_\_ (親簽)

身分證字號：\_\_\_\_\_

日 期：110 年 8 月 28 日

# 高雄醫學大學 110 學年度「學士後醫學系」招生入學考試 防疫問卷及健康聲明書(面試第二天梯次考生用)

您好，因應 COVID-19 疫情，高雄醫學大學十分關心各位考生，多一分準備，就能夠多一分安心。敬請填妥後親自簽名，並於考試當日報到時交予試務人員，謝謝！

<b>一、基本資料</b>			
准考證號碼		姓名	
<b>二、是否有不適症狀</b>			
<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"/> 其他_____			<input type="checkbox"/> 否
上述症狀起始日：_____			
<b>三、本人旅遊居住史</b>			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
<b>四、同住者旅遊居住史</b>			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
<b>五、前 21 日內，您是否曾接觸疑已確診新冠肺炎個案？</b>			
<input type="checkbox"/> 是			<input type="checkbox"/> 否
<b>六、前 21 日內，您是否曾接觸正在居家隔離、居家檢疫、自主健康管理之親友？</b>			
<input type="checkbox"/> 是			<input type="checkbox"/> 否
<b>七、您是否曾於前 14 日內出入中央疫情指揮中心所列本土個案足跡之地點？</b>			
縣市：_____			<input type="checkbox"/> 否
停留起訖時間：自____月____日至自____月____日			
<b>八、您目前是否為衛生主管機關列管對象</b>			
<input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 通報採檢對象 <input type="checkbox"/> 自主健康管理			<input type="checkbox"/> 否

本人於考試當日非屬「自主健康管理就醫採檢尚未接獲檢驗結果之個案」或「居家檢疫或居家隔離之個案」或通報為「疑似或確診 COVID-19 病例」，特此聲明。倘有隱匿或不實，願自負法律責任與相關單位裁罰，且由主辦單位取消應考與錄取資格。並承諾遵守高雄醫學大學各項防疫因應措施；若於應試期間自覺有發燒、咳嗽、呼吸急促等不適，應主動通知試務人員。

此致

高雄醫學大學

考 生：\_\_\_\_\_ (親簽)

身分證字號：\_\_\_\_\_

日 期：110 年 8 月 29 日