

高雄醫學大學學士後醫學系招生考試【健康聲明書】

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！

本校恪遵守個人資料保護法，相關事項請參閱本校「考生之個人資料蒐集、處理及利用告知事項」。

*本表依 111.05.09 中央流行疫情指揮中心公告各類別對象定義及規範；如相關政府單位另公告最新消息，將滾動式修正。

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"/> 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(111/5/1~111/5/14)，您本人是否有旅遊居住史？			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
四、14 日內(111/5/1~111/5/14)，您的同住者是否有旅遊居住史？			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
五、14 日內(111/5/1~111/5/14)，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、您目前是否為下列衛生主管機關所定義之對象？			
<input type="checkbox"/> 居家照護 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 居家隔離			<input type="checkbox"/> 否

本人於考試當日非屬「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」，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：111 年 5 月 14 日

高雄醫學大學學士後醫學系招生考試【健康聲明書】

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！

本校恪遵守個人資料保護法，相關事項請參閱本校「考生之個人資料蒐集、處理及利用告知事項」。

*本表依 111.05.09 中央流行疫情指揮中心公告各類別對象定義及規範；如相關政府單位另公告最新消息，將滾動式修正。

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"/> 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(111/5/2~111/5/15)，您本人是否有旅遊居住史？			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
四、14 日內(111/5/2~111/5/15)，您的同住者是否有旅遊居住史？			
旅遊國家：_____轉機及過境日期：_____返台日期：_____			<input type="checkbox"/> 無
五、14 日內(111/5/2~111/5/15)，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、您目前是否為下列衛生主管機關所定義之對象？			
<input type="checkbox"/> 居家照護 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 居家隔離			<input type="checkbox"/> 否

本人於考試當日非屬「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」，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：111 年 5 月 15 日