附件4請於前一日先回傳專責人員，以利控管，紙本於當天繳交

**110學年度全國學(師)生○○比賽**

**工作人員及評審健康監測檢核表(前14天)**

|  |  |
| --- | --- |
| 身分別 ⬜工作人員 ⬜評審 | 姓名: |
| 服務日期: | 服務場館/場次: |
| 聯絡電話: |
| 住宿地址: |
| **前一日若有符合下述情況請打勾。**□發燒(額溫≧37.5°C或耳溫≧38°C) □咳嗽 □喉嚨痛□流鼻水 □呼吸急促、呼吸困難 □肌肉痠痛、關節痠痛□四肢無力 □味覺或嗅覺失調或消失 □ 腹瀉  |
| **請於工作前14日每天自我量測體溫** |
| 編號 | 日期 | 體溫(℃) | 編號 | 日期 | 體溫(℃) |
| 1 |  月 日 |  | 8 |  月 日 |  |
| 2 |  月 日 |  | 9 |  月 日 |  |
| 3 |  月 日 |  | 10 |  月 日 |  |
| 4 |  月 日 |  | 11 |  月 日 |  |
| 5 |  月 日 |  | 12 |  月 日 |  |
| 6 |  月 日 |  | 13 |  月 日 |  |
| 7 |  月 日 |  | 14 |  月 日 |  |
| ※避免群聚，戴口罩勤洗手，保護自己保護別人。「有呼吸道症狀時，請盡速就醫」。  |