

110 年新北市政府衛生局所屬各區衛生所護理人員甄選  
健康關懷表

附件 1

※請應考人及陪考人**分別填列**本表。

※應考人進入試區時提供本表供工作人員查驗，進入考場後，請將本表併同身分證  
明文件正本置於桌面左上角，以備查驗。

※陪考人進入試區時提供本表及身分證件供工作人員查驗，本表由工作人員收繳。

|  |              |      |  |
|--|--------------|------|--|
| 應考人姓名  |              | 試場   |  |
| 陪考人姓名  | (非陪考者，本欄免填列) | 考生編號 |  |
| <p>一、請問您於考試當日是否為各級衛生主管機關認定應接受居家隔離、居家檢疫、集中隔離、集中檢疫期間？</p> <p><input type="checkbox"/>是，說明：<br/><input type="checkbox"/>否</p> <p>二、請問您於考試當日是否為各級衛生主管機關認定應自主健康管理期間？</p> <p><input type="checkbox"/>是，說明：<br/><input type="checkbox"/>否</p> <p>三、近期(考前 14 天)身體是否有以下情形(可複選)？</p> <p><input type="checkbox"/>發燒(額溫<math>\geq 37.5^{\circ}\text{C}</math> 或耳溫<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>)</p> <p><input type="checkbox"/>呼吸道症狀(如：咳嗽、流鼻水、打噴嚏、喉嚨痛、喉嚨乾癢或呼吸急促。)</p> <p><input type="checkbox"/>失去味覺</p> <p><input type="checkbox"/>失去嗅覺</p> <p><input type="checkbox"/>腹瀉</p> <p><input type="checkbox"/>肌肉痠痛或四肢無力</p> <p><input type="checkbox"/>頭痛或極度疲倦感</p> <p><input type="checkbox"/>其他身體不適：_____</p> <p><input type="checkbox"/>無</p> |              |      |  |

※本表請詳實填寫，如有填寫不實，罰責自負。

立書人簽名：\_\_\_\_\_ (請親筆簽名)

身分證統一編號：\_\_\_\_\_

填寫日期：110 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日