**崇仁醫護管理專科學校教職員工健康管理狀況記錄表**

姓名： 單位： 員工編號 ： 出生年月日： 連絡電話：

| 天數 | 日期 | 體溫 | 健康狀況 | 當日就醫 | 活動史紀錄(時間/地點)例如：10:45/嘉義民權路全聯 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上午 | 下午 |
| 1 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 2 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 3 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 4 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 5 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 6 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 7 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 8 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 9 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 10 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 11 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 12 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 13 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 14 |  | \_\_\_\_度 | \_\_\_\_度 | 流鼻水、鼻塞 □ 無 □有 咳嗽 □ 無 □有呼吸困難 □ 無 □有 全身倦怠 □ 無 □有四肢無力 □ 無 □有 | **□**無**□**有，醫生診斷\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

\*有症狀建議戴口罩，迅速就醫\*

\*紙本請於14日後繳給環安組蕭采云老師\*

所屬單位： 單位主任簽名：

職業安全衛生護理師簽名： 總務主任簽名： 人事主任簽名：