

高雄市「人口密集機構等群聚感染高風險場域」 就醫回條

一、個案基本資料:(請機構或家屬填寫)

學校/機構名稱:_____	
通知(發現症狀)日期:____年____月____日	
今日經觀察發現有_____症狀, 惠請儘速就醫, 俾瞭解正確病因並給予適當治療。	
姓 名:	班級/單位:
家屬姓名:	聯絡電話:

二、醫師診斷結果:(請醫師勾選)

※上呼吸道感染	☐ 發燒	☐ 咳嗽	☐ 流鼻涕	☐ 喉嚨紅腫	☐ 其他:
※流 感	☐ 疑似	☐ 快篩 A 流	☐ 快篩 B 流	☐ 快篩陰性	
※腸 病 毒 ^註	☐ 疑似	☐ 確診	※腸 胃 炎 ^註	☐ 疑似	☐ 確診
※結 膜 炎	☐ 疑似	☐ 確診	※水 痘 ^註	☐ 疑似	☐ 確診
※其 他					

註:腸胃炎、腸病毒、水痘個案請依衛生單位之防疫規範或市府公告配合辦理。

三、醫師建議:(請醫師填寫)

- ☐建議住院/在家/單獨隔離室休養至症狀解除。
- ☐依據衛生單位/機構/學校之防疫規範或市府公告, 落實自主健康管理與防治措施。
- ☐可正常上班/學或返回機構, 建議採取適當防護措施(如戴口罩等)並配合衛生單位/機構/學校之防疫處置。
- ☐其他:

醫療機構名稱:_____

就診日期:____年____月____日

醫師簽章:_____