

因應猴痘自主健康監測通知書

姓名： 單位： 聯絡電話：

身分證字號：

接觸日期：

自主健康管理期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

因您是猴痘通報個案高風險接觸者，為防範猴痘疫情的傳播，並保障您自己及親友的健康，請您於接觸後21日內，確實做好自主健康監測：

一、建議避免近距離接觸免疫低下者、孕婦與孩童。

二、注意體溫變化：自主健康監測的21日內，每日早/晚應各量體溫一次，並詳實記錄體溫及活動史(如下列表格)，倘出現發燒或皮疹等臨床症狀，請盡速至本院就醫，並通知單位主管、感管中心(分機3089或值班感管師)、及至感染管制中心網頁之『工作人員健康異常監視系統』進行通報。就醫時應主動告知醫師接觸史、旅遊史、居住史、職業暴露(或提供此通知書)、以及身邊是否有其他人有類似的症狀。

三、維持手部清潔，保持經常洗手習慣，原則上可以使用肥皂和清水或酒精性乾洗手液進行手部清潔。另應注意儘量不要用手直接碰觸眼睛、鼻子和嘴巴。手部接觸到呼吸道分泌物時，請用肥皂及清水搓手及澈底洗淨。

四、生病期間應於家中休養，避免外出。

五、若有問題請聯絡感染管制中心(分機3089或值班感管師)，謝謝。

六、請完成21日健康管理並紀錄後，將此表送至感染管制中心備查。

感染管制中心敬上

體溫及行程紀錄表

天數	日期	上午	下午	有無症狀*	活動史紀錄
1		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:_____	
2		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:_____	
3		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:_____	
4		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:_____	

5		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
6		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
7		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
8		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
9		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
10		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
11		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
12		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
13		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
14		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
15		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
16		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
17		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
18		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
19		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
20		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	
21		_____度	_____度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____	

*如勾選「有」，請詳述出現之症狀(如發燒、皮疹、斑疹等)或其他症狀。