

## 兒童照護員工、志願者、父母、兒童和重要訪客 健康篩檢一次性認證聲明

進入兒童照護計畫場所之前，員工、志願者、父母、兒童和重要訪客**必須每天填寫健康篩檢問卷調查**。此外，**所有員工、志願者、父母、兒童和重要訪客都必須簽署一次此表格，並將其提交至計畫**。員工、志願者、父母、兒童和重要訪客必須回答所有問題，並且每天測量體溫，以確認體溫低於 100.0 華氏度。如果對下列任何問題回答「是」，不得進入兒童照護計畫場所。父母或監護人有責任代表其子女填寫每日篩檢。

### 自我篩檢：

以下為員工、志願者、父母、兒童和重要訪客**每天**都需要回答的自我篩檢問題。如果對以下任何問題回答「是」，**不得**進入計畫場所。如果對以下所有問題均回答「否」，可以進入計畫場所。如果員工、志願者、父母、兒童和重要訪客無法在家測量體溫，但其他所有問題均回答「否」，則可以上報計畫，以便安排現場測量體溫。

1. 您的體溫是否高於或等於 100.0 華氏度？
2. 過去 14 天內，您是否曾與確診或疑似感染 COVID-19 的人有過接觸？
3. 您目前是否出現下列**任何**症狀？
  - 咳嗽（新發或惡化）
  - 呼吸急促（新發或惡化）
  - 呼吸困難（新發或惡化）
  - 發燒
  - 發冷
  - 肌肉疼痛（新發或惡化）
  - 頭痛（新發或惡化）
  - 喉嚨疼痛（新發或惡化）
  - 新發味覺喪失
  - 新發嗅覺喪失
4. 過去 14 天內，您的 COVID-19 診斷檢驗結果是否呈陽性？

如果**所有**問題均回答「否」，則視為通過，且您可以進入計畫場所。

如果**任何**問題回答「是」，則您不得進入計畫場所。

**認證聲明：**一旦簽署此文件，即代表本人同意每天自行監測此類症狀，根據上述指示報告結果，並且如果出現上述任何症狀或情況，本人不得進入任何兒童照護計畫場所。

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
日期

**注意：**進入之前，請務必簽署本文件並返還至計畫。僅需提供一次簽名副本。兒童照護計畫必須保護相關記錄的副本。