

COVID-19確診個案與接觸者自主應變機制

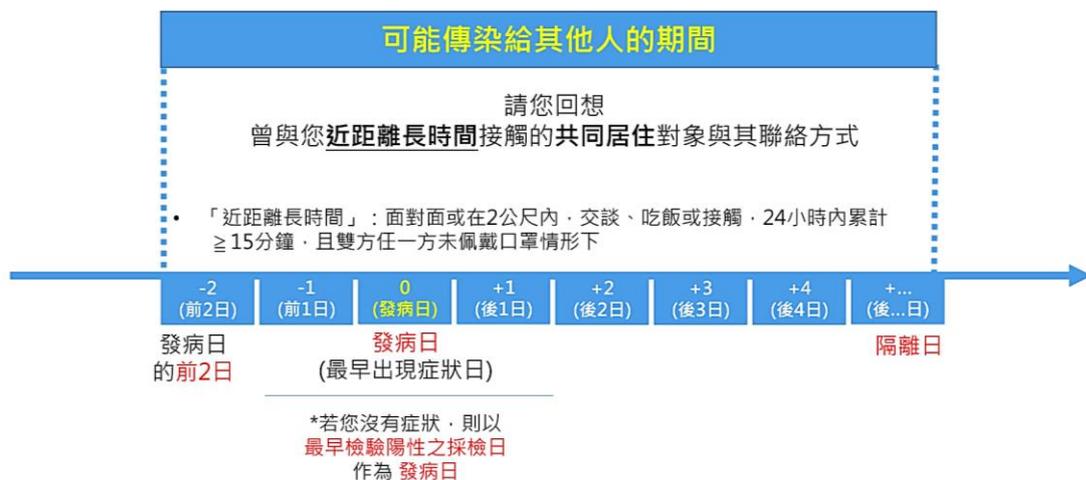
如果我被確診 COVID-19，誰是我的密切接觸者？

告訴公衛人員您的密切接觸者是誰很重要，因為他們可能已經接觸過病毒而有感染的風險。為了保護他們的健康和避免疾病進一步傳播，公衛人員會提供快篩試劑，以確認健康狀況。

您的密切接觸者定義

造成 COVID-19的病毒可能在您發病（或檢驗陽性）的前兩天至您被隔離的期間傳染給其他人，如您或對方曾經未佩戴口罩面對面接觸達15分鐘（含）以上，這些人都可能是您的密切接觸者（如下圖）。

COVID-19可傳染期 (示意圖)



註：若您於可傳染期期間，曾有快速抗原檢驗或 PCR 檢驗陰性證明，可傳染期可以檢驗陰性之採檢日次日起算。

請仔細回想在您最早出現症狀的發病日（如沒有症狀，則為最早檢驗陽性日）的前兩天到您被隔離前這段期間，曾經共同居住的人，並填寫「COVID-19確診個案自填版疫調單」。

※如您已於「COVID-19確診個案自主回報疫調系統」回報相關疫調資料，或您已提供地方衛生單位的相關疫調資料，則不需要重複填寫此份「COVID-19確診個案自填版疫調單」。

如何通知我的密切接觸者

您可以主動聯絡您的公司或學校聯絡窗口，由公司或學校啟動相關應變措施。如您的同住者未完成 COVID-19疫苗追加劑接種，請留在家中進行3天居家隔離和4天自主防疫(以最後一次與您接觸的日期為第0天)；如同住者已完成 COVID-19疫苗追加劑接種，得免居家隔離(0天)，進行7天自主防疫。密切接觸者於自主防疫期間，非必要不外出，如需外出，應有2日內家用「快篩陰性」證明，並全程佩戴口罩。其他接觸者注意事項，請參考疾病管制署網站資訊。

517新制 為集中醫療資源照顧中重症，5/17起以篩代隔措施，從關鍵設施、醫護人員，擴及適用確診者同住家人。

確診者 維持 7+7 (7天居家隔離與 7天自主健康管理)	★打滿三劑同住家人 0+7 (得免居隔,+7天自主防疫) <small>快篩陰性得上班、外出採買，禁止至人潮擁擠處及聚餐。</small>
	★未打滿三劑同住家人 3+4 (3天居家隔離與 4天自主防疫)

中央流行疫情指揮中心

2022/05/16 17:30更新版

COVID-19民眾注意事項 (含確診個案、接觸者、 居家照護等注意事項)	居家檢疫及居家隔離 關懷服務中心	各地方政府衛生局 聯絡資訊及網站
		

111年3月22日訂定

111年4月18日修訂

111年5月17日修訂

COVID-19確診個案自填版疫調單

※ 您所填寫的資料均僅限用於疫情調查與接觸者追蹤。切勿洩漏個人資料給無

法確認身分之不明人士，如有相關疑問，請洽各地方政府衛生局。

一、基本資料

姓名		年齡	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業或身分別	
身分證字號	(或護照號碼、居留證號碼)	手機號碼	
指定訊息代收人或法定代理人姓名	<input type="checkbox"/> 同本人	指定訊息代收人或法定代理人手機號碼	<input type="checkbox"/> 同本人
居住地址	_____縣/市_____鄉鎮市區，道路或街名: _____		
工作或就學的公司/學校名稱及地址(1)	名稱: _____ _____縣/市_____鄉鎮市區，道路或街名: _____		
工作或就學的公司/學校名稱及地址(2)	名稱: _____ _____縣/市_____鄉鎮市區，道路或街名: _____		
工作或就學的公司/學校名稱及地址(3)	名稱: _____ _____縣/市_____鄉鎮市區，道路或街名: _____		
您目前的隔離所在地點	<input type="checkbox"/> 居家照護隔離： <input type="checkbox"/> 同居住地址 (如您的居家照護地址與居住地址不同，請於下方填寫您的居家照護隔離地址) _____縣/市_____鄉鎮市區， 道路或街名: _____ <input type="checkbox"/> 住院中，醫院名稱: _____ <input type="checkbox"/> 加強型集中檢疫所或防疫旅館，名稱: _____		

二、您最早出現症狀的日期（發病日）或您最早檢驗陽性的採檢日期

（西元）_____年_____月_____日

三、密切接觸者（最早出現症狀或檢驗陽性日的前兩天到被隔離前這段期間）

（一）您的同住家人或親友

沒有； 有，請自行先依附件格式填寫同住親友名冊

（二）您在職場或學校（包含補習班或安親班）的聯絡窗口

沒有

姓名或 單位名稱	類別 (請勾選)	聯絡窗口 電子信件	聯絡窗口 手機號碼
	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 學校		
	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 學校		
	<input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 學校		

（三）您曾去過的醫療照護院所（包含牙醫診所、中西醫診所、急診、醫院、長照機構）

沒有

日期（月/日）	醫療照護院所名稱

四、您是否有慢性疾病或懷孕？（可複選）

沒有 No

心血管疾病（高血壓除外）

高血壓

糖尿病

肥胖 Obesity (BMI \geq 30) (BMI=[體重 kg \div 身高 m²])

代謝性疾病（如：高血脂等；糖

氣喘

慢性肺部疾病（氣喘除外）

肝臟疾病（如：肝炎、肝硬化）

腎臟疾病（如：慢性腎功能不

全、長期接受洗腎[血液或腹膜透

尿病除外)

仍在治療中或未治癒的癌症

免疫低下狀態

神經肌肉疾病

析])

懷孕，懷孕週數：_____

生產後六週內

精神疾病

其他：_____

五、疫苗接種史

您是否曾接種 COVID-19 疫苗？否

是，總共接種_____劑

附件、同住親友名冊

姓名	身分證字號	出生日期 (年/月/日)	自有手機號碼	已完成 COVID-19疫苗追加劑（即一般說的第三劑）且採自主防疫（勾選此項目將採自主防疫，不開立居家隔離通知書） (未勾選者會收到居家隔離通知，適用3+4居家隔離)	指定訊息代收人或法定代理人姓名*	指定訊息代收人或法定代理人手機號碼*	最後一次接觸日期 (月/日)	居住地址	隔離地址
				<input type="checkbox"/> 已完成 COVID-19疫苗追加劑且採自主防疫					
				<input type="checkbox"/> 已完成 COVID-19疫苗追加劑且採自主防疫					
				<input type="checkbox"/> 已完成 COVID-19疫苗追加劑且採自主防疫					

* 依行政程序法§22及§69規定，對於未成年人(<20歲)，處分書應向其法定代理人為送達，此兩欄位用於未成年者(<20歲)發送之電子居隔書發送對象。若隔離者沒有手機，請其指定代收人(並經其同意後)，代為接收處分書，並填入其姓名及電話於此欄位。