

境外確診嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）國人 專案返國就醫作業原則

衛生福利部疾病管制署

2020 年 12 月 16 日初訂 1 版

2021 年 02 月 09 日修訂 2 版

壹、前言

當前全球 COVID-19 疫情嚴峻，依據衛生福利部疾病管制署（以下稱疾管署）國際旅遊疫情建議等級，全球現況皆為第三級警告（Warning），於防疫期間應避免非必要之出國旅行，民眾於出境前，應確實評估所赴國家（地區）相關風險及是否有出境之必要。

為確保境外確診 COVID-19 國人返國時之飛航防疫安全，並降低個案入境後發生社區傳播風險，中央流行疫情指揮中心（以下稱指揮中心）業已公布境外確診國人之返國條件。倘確診國人無法符合返國條件但確有返國就醫需求時，考量人道因素，且於返國航程採專機形式並有適當防護措施之前提下，得委請國際醫療轉送機構、航空公司或國內收治醫院向指揮中心提出專案申請返國就醫。為使相關機構及人員得以依循專案申請，特訂定本作業原則。

貳、適用對象

本作業原則適用於 COVID-19 疫情期間之境外確診 COVID-19 國人（以下稱確診者）；不符返國條件但擬申請返國就醫者（以下稱就醫者）；負責收治就醫者之醫院（以下稱收治醫院）；協助轉送就醫者之國際醫療轉送機構及航空公司；以及其他參與就醫者轉送過程之相關人員（例如機組人員、醫護人員等，以下稱轉送小組）。

倘境外國人尚未確診 COVID-19，惟經境外當地醫療機構醫師高度懷疑為 COVID-19，且其臨床病況符合世界衛生組織 COVID-19 疾病嚴重度分類（附件 1）之中度以上疾病時，亦適用本作業原則。

參、條件及限制

- 一、為降低傳播風險，確診者以當地就醫為原則，如符合指揮中心公布之以下任一返國條件時，可逕行返國：
 - (一) 發病日至登機日已逾 2 個月，且症狀已緩解。
 - (二) 距發病日已達 10 天，且取得 2 次呼吸道檢體檢驗 SARS-CoV-2 陰性證明（須間隔至少 24 小時採檢）。
- 二、確診者無法符合返國條件，但有返國就醫需求時，如具以下任一情況，得視需求專案申請返國就醫：
 - (一) 當地醫療資源匱乏。
 - (二) 臨床病況或體況符合以下任一情形：
 1. 臨床病況符合世界衛生組織 COVID-19 疾病嚴重度分類（[附件 1](#)）之中度以上疾病，包括肺炎、嚴重肺炎、急性呼吸窘迫症候群（Acute respiratory distress syndrome）、敗血症或敗血性休克。
 2. 有其他重症合併疾病，如重大創傷或急性心/腦血管疾病等。
 3. 具重症危險因子，包括：超過 60 歲、抽菸、肥胖及心血管疾病、糖尿病、慢性肺疾、慢性腎疾、免疫抑制及癌症等疾病。
 - (三) 其他經報請指揮中心同意之情形。
- 三、基於民航客機同機旅客之防疫安全考量，以及機艙為密閉空間，無適當物理區隔（如附門之隔間）等因素，就醫者返國就醫須採專機形式，且不開放親屬等伴醫者隨行為原則。
- 四、為減少就醫者入境後運送過程之傳播風險，收治醫院須為 COVID-19 社區採檢網絡之院所，包括指定社區採檢院所或重度收治醫院。
- 五、就醫者之返國就醫專案申請，由我國已登記立案之國際醫療轉送機構、航空公司或國內收治醫院等機關(構)、團體或事業(以下稱申請機構)，向疾管署提出。就醫者或其親屬等可先向保險公司確認承保範疇；或自行與前開申請機構聯繫；或洽詢我國於當地之駐外機構或外交部緊急聯絡中心等，由其協助媒合前開申請機構。

六、申請機構應備妥相關申請文件，函向疾管署申請就醫者之返國就醫許可。並於取得返國就醫許可後，由航空公司向民航主管機關辦理後續相關許可（作業流程如**附件 2**）。

七、申請機構於取得就醫者之返國就醫許可後，如因天候或飛航安全等不可抗力因素而須異動專機入境日時，得寬限於原許可入境日之前後 5 日內完成入境（如原許可入境日為 1 月 10 日，則寬限期為 1 月 5 日至 1 月 15 日），申請機構應儘速以電子郵件及電話通知疾管署窗口。倘無法於寬限期內完成入境時，申請機構須具文函向疾管署辦理變更許可。

肆、申請應備文件（如**附件 3**）

一、就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明（格式及填報範例如**附件 4**）

（一）填報對象：就醫者。

（二）文件填報內容：

1. 聲明事項

2. 個人基本資料暨健康狀況說明。

3. **搭機前 3 日內之呼吸道檢體檢驗新型冠狀病毒（SARS-CoV-2）核酸檢驗報告**（以下稱**檢驗報告**）持有情形。

二、健康證明文件

（一）就醫者之**病歷或醫療診斷書**等：

1. 由當地醫療機構醫師或國際醫療轉送機構醫師開立。

2. 病歷內容應至少**登載送審日期（含）前 14 天內之醫療紀錄**；
醫療診斷書之開立日期，應為送審日期**（含）前 14 天內**。

（二）就醫者之**搭機前 3 日內檢驗報告**：

1. 由**啟程地之**主管機關或醫療機構開具。

2. **檢驗報告書寫語言原則為英文、中文或中英對照版本**，其格式與簽章依據啟程地衛生主管機關規定辦理；報告內容需登載就（伴）醫者之護照姓名、出生年月日（或護照號碼）、採檢日及報告日、疾病名稱、檢驗方法及判讀結果等項目。

3. **搭機前「3 日內」檢驗報告之日期計算原則：**

(1) 以「報告日」及「工作日」計算，不含搭機當日，且排除當地政府之國定例假日。

A. 搭機日原則為疾管署核發之返國就醫許可函登載之核准入境日。

【範例】以110年1月7日至1月15日為例（假日為1月8日及9日）：

(a) 核准入境日為1月15日時，須檢附1月12日（含）以後開立之檢驗報告。

(b) 核准入境日為1月12日時，則須檢附1月7日（含）以後開立之檢驗報告（扣除假日）。

B. 因故如須於異動寬限期內入境時，應依異動後入境日重新計算檢驗報告開立日期區間。

(2) 若旅客持有之 COVID-19 核酸檢驗報告僅有「採檢日」而無「報告日」，則以「採檢日」計算是否符合三日內之規定。

4. 檢驗報告請於搭機前及入境時提供相關人員確認；因故（如就醫者病況緊急或境外醫療機構檢驗時程延宕等）無法提供檢驗報告時，應於事前告知申請機構，並於「就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明」詳實說明。

三、入境防疫計畫書（格式及填報範例如附件5）

（一）填報內容：

1. 收治醫院、國際醫療轉送機構及航空公司基本資料。
2. 入境人員資料及相關防疫規劃：包括入境人員名單、防疫交通規劃、居家檢疫住所資訊、聯絡人資訊及就醫者住院期間之感染管制防疫措施等。

（二）申請機構應先與收治醫院及航空公司等，確認入境防疫計畫書各項填報內容後，再向疾管署提出申請。俟取得境外確診國人返國就醫許可後，依所提入境防疫計畫書，進行相關人員之居家檢疫、防疫交通接送及採檢安排等防疫措施。

(三) 收治醫院應事先妥為規劃相關感染管制措施、人員檢疫安排及動線規劃等，並落實各項防護措施。

四、專機轉送計畫書（格式及填報範例如附件 6）

(一) 填報內容包括：轉送機構聯絡資訊、轉送行程計畫表、參與轉送任務之人員名單、個人防護裝備及備品資訊、相關人員著裝內容等。

(二) 專機於各港埠之抵達及起飛時間，均為當地時間。

五、其他必要文件：配合指揮中心政策調整所須提供文件。

伍、轉送作業注意事項

一、申請機構於取得相關主管機關許可後，派遣轉送小組自我國出發至境外執行轉送任務；或通知直接於境外起飛之轉送小組啟程返臺。

二、為自我國出發前往之專機，於抵達境外當地機場後，以「當班往返不入境、不離開機坪、不與當地人員接觸」為原則：

(一) 轉送小組活動範圍以當地機場機坪為限，如需離開機坪進入航站或過境區時，視為入境當地。

(二) 轉送小組應盡量避免離機，減少與當地人員直接接觸。

(三) 遇有緊急狀況（如：天災或病人情況危急致無法搭機等）執行任務須滯留國外時，需依循「國籍航空公司實施機組人員防疫健康管控措施作業原則」，以避免與當地民眾接觸，減少境外感染之風險。

三、考量就醫者為境外確診 COVID-19 者，轉送小組於接收就醫者時及其後之航程，應全程穿戴適當之個人防護裝備。

(一) 接觸就醫者之醫護人員或機組人員：穿戴 N95 口罩、手套、護目裝備（例如全面罩或護目鏡）及防水隔離衣。

(二) 全程不接觸就醫者之機組人員：穿戴 N95 口罩、手套、護目裝備（例如全面罩或護目鏡）及一般隔離衣。

(三) 落實手部衛生、呼吸道衛生與咳嗽禮節。

(四) 轉送小組之個人防護裝備使用，應依循相關感染管制原則進行穿戴及脫除。

陸、入境檢疫事項

- 一、擬入境之機上人員（包含轉送小組及就醫者等），於機邊進行 CIQS（Customs、Immigration、Quarantine、Security）入境程序。
- 二、鑑於就醫者係境外確診 COVID-19 者，故自接收就醫者起至入住收治醫院負壓隔離病房或專責病房之過程，相關參與人員（包含辦理機邊入境程序人員），均須全程穿戴適當個人防護裝備，並落實各項防護措施。
- 三、轉送小組於接觸就醫者過程中均穿戴適當個人防護裝備時，入境將視為居家檢疫對象，適用相關居家檢疫規定。
- 四、入境人員居家檢疫要求：

(一) 就醫者：

1. 完成機邊檢疫及入境程序後，搭乘位於機坪之救護車直送收治醫院。
 - (1) 救護車駕駛人員及隨車救護人員等，均應穿戴適當個人防護裝備；並於結束載運後，於適當場所進行載運工具清消作業。
 - (2) 相關事項可參考「緊急醫療救護人員載運 COVID-19 病人感染管制措施指引」。
2. 入院時由收治醫院依 COVID-19 相關感染管制作業程序及規劃動線，將就醫者移往負壓隔離病房或專責病房。
3. 就醫者入院時通報「嚴重特殊傳染性肺炎」，進行相關採檢，並依「通報個案處理流程」進行後續處置；完成後將通報編號通知轄管疾管署區管中心。
4. 如前項採檢結果未確診，就醫者於 14 天檢疫及檢疫期滿等候採檢結果期間內，應入住收治醫院安排之負壓隔離病房或專責病房，並比照疑似 COVID-19 個案執行照護。檢疫期滿後（如入境日為 1 月 1 日，則檢疫期滿日為 1 月 15 日），應再

進行 1 次呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗，陰性者經報請網區指揮官同意後可移出負壓隔離病房或專責病房或出院；並應實施 7 天自主健康管理。

(二) 醫護人員：

1. 入境時有疑似 COVID-19 相關症狀者，應通報採檢。檢驗結果陰性者須進行 14 天居家檢疫，期滿後進行 7 天自主健康管理（通知書範例如附件 7）。
2. 入境時無疑似 COVID-19 相關症狀者：
 - (1) 境外有入境當地或離開機坪：為 14 天居家檢疫，期滿後進行 7 天自主健康管理。
 - (2) 境外無入境當地且未離開機坪：為 7 天居家檢疫，期滿後進行 14 天自主健康管理。
3. 居家檢疫期間遵循事項：
 - (1) 勿至醫院上班或執行勤務。
 - (2) 應持續監測健康狀況：
 - A. 如有疑似 COVID-19 相關症狀時，應立即通知地方政府衛生局及所屬服務單位，並配合後續相關就醫安排。
 - B. 倘就醫後之通報採檢結果為陰性時，依原訂檢疫期間繼續居家檢疫（例如入境無症狀、境外無入境當地且未離開機坪之醫護人員，居家檢疫期間為 1 月 1 日至 1 月 8 日，但於 1 月 3 日出現症狀就醫並通報採檢，1 月 5 日確認檢驗結果陰性後，可返家繼續居家檢疫至 1 月 8 日）。
4. 居家檢疫期間如未出現 COVID-19 相關症狀，請於居家檢疫期滿後進行採檢。其中為 14 天居家檢疫者，不需等待檢驗結果，即可於採檢後返回工作；為 7 天居家檢疫者，需於確認檢驗結果為陰性後，再返回工作。

5. 於自主健康管理期間返回工作者，遵循「醫療照護工作人員自主健康管理期間返回工作建議」辦理。
6. 如就醫者病況需要，醫護人員可一同搭乘位於機坪之救護車，護送就醫者直送收治醫院。
7. 自異地出境返回我國或入境我國之醫護人員，為 14 天居家檢疫，期滿後進行 7 天自主健康管理。
8. 外國籍航空器之醫護人員擬入境我國時，依循相關主管機關規定辦理；如需過境我國時，依循「外籍航空器機組員暨航班遇特殊情況人員過境入住防疫旅宿計畫」規定辦理。

(三) 機組人員：

1. 依「國籍航空公司實施機組人員防疫健康管控措施作業原則」，入境時有疑似 COVID-19 相關症狀者，應通報採檢。檢驗結果陰性者須進行 14 天居家檢疫，期滿後進行 7 天自主健康管理。
2. 同前項作業原則，入境時無疑似 COVID-19 相關症狀者：
 - (1) 境外有入境當地或離開機坪：為 7 天居家檢疫，檢疫結束日當日進行 1 次呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗，陰性者可解除居家檢疫，並進行加強自主健康管理至入境第 14 天(例如入境日為 1 月 1 日，居家檢疫期為 1 月 1 日至 1 月 8 日；加強自主健康管理期為 1 月 9 日至 1 月 15 日)。
 - (2) 境外無入境當地且未離開機坪：為 14 天自主健康管理(例如入境日為 1 月 1 日，自主健康管理期為 1 月 1 日至 1 月 15 日)。
3. 居家檢疫、加強自主健康管理及自主健康管理期間防疫措施：
 - (1) 相關期間之防疫管控措施或派飛原則，依循「國籍航空公司實施機組人員防疫健康管控措施作業原則」規定辦理。
 - (2) 居家檢疫、加強自主健康管理及自主健康管理期間，倘就(伴)醫者於入境後之呼吸道檢體 SARS-CoV-2 核酸檢

驗結果為陽性時，依地方衛生單位疫調結果辦理接觸者匡列等事宜。

4. 機組人員於當梯次任務同時兼具醫護人員身分時，視為醫護人員，應依醫護人員居家檢疫規定辦理。
5. 自異地出境返回我國或入境我國之機組人員，為 14 天居家檢疫，期滿後進行 7 天自主健康管理。
6. 外國籍航空器機組人員擬入境我國時，應進行 14 天居家檢疫；如需過境我國時，依循「外籍航空器機組員暨航班遇特殊情況人員過境入住防疫旅宿計畫」規定辦理。

柒、其他說明事項

- 一、申請機構提供之申請文件或相關說明，不得有偽造、不實或有隱匿、規避造成誤導判定之嫌疑。如申請文件登載不實或未能落實相關防護措施，除將針對相關人員進行必要之檢疫措施外，另對相關機構之後續申請案將從嚴審核；並得依違反傳染病防治法第 58 條規定，視違規情節依同法第 69 條規定處新臺幣 1 萬至 15 萬元罰鍰。
- 二、就醫者之國外親屬（含本國籍者），擬於就醫者入境後 14 天內入境我國時（例如就醫者為 1 月 1 日入境，而其親屬擬於 1 月 1 日至 1 月 15 日間入境），依循以下規定辦理：
 - （一）應於入境防疫計畫書內詳實提供相關資訊。
 - （二）於入境時主動向疾管署機場檢疫人員告知相關接觸史。
 - （三）前開資訊未誠實告知者，依違反傳染病防治法第 58 條規定，視違規情節依同法第 69 條規定處新臺幣 1 萬至 15 萬元罰鍰；倘確診罹患 COVID-19 而有傳染於他人之虞時，亦須負相關刑責。
- 三、專案如經報請指揮中心同意伴醫者隨行時，其相關規定依循「嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情期間國際緊急醫療專機轉送國人返國就醫申請作業原則」辦理。
- 四、境外國人健保自墊醫療費用核退事宜：

- (一) 如全民健康保險對象（以下稱保險對象）於境外確診 COVID-19，依全民健康保險法第 55 條、第 56 條規定，以及全民健康保險自墊醫療費用核退辦法第 3 條規定，保險對象於臺灣地區外發生不可預期之緊急傷病，包含應立即處理之法定傳染病或報告傳染病，須在當地醫事服務機構立即就醫，可於門、急診治療當日或出院之日起 6 個月內，向投保單位所在地之中央健康保險署（以下稱健保署）分區業務組（[附件 8](#)）申請核退費用，健保署將依程序送請專業審查認定，是否屬不可預期之緊急傷病範圍，相關規定可另洽所在地之健保署分區業務組。
- (二) 核退自墊醫療費用之標準，依全民健康保險醫療費用支付及給付規定審查後核實給付，惟訂有上限，以支付國內健保特約醫院及診所之平均費用為基準。如保險對象出國至醫療費用相對較高的國家，可評估是否加買海外突發疾病醫療險。

附件 1、世界衛生組織 COVID-19 疾病嚴重度分類

嚴重度	疾病	說明
輕度	無併發症之輕症	沒有任何併發症的上呼吸道病毒性感染患者，可能出現非專一性的症狀，如發燒、咳嗽、喉嚨痛、鼻塞、倦怠、頭痛、肌肉痠痛等。少數患者出現腹瀉、噁心或嘔吐。年長或免疫力低下患者可能有比較不典型的症狀。孕婦因生理上產生的呼吸淺快或發燒等症狀，可能與感染症狀相同。
中度	肺炎	<ul style="list-style-type: none"> 沒有嚴重肺炎徵候的肺炎患者。 非嚴重肺炎的兒童患者會有咳嗽以及呼吸急促 (fast breathing)，但沒有嚴重肺炎的徵候。 <p>【呼吸急促定義】滿 2 個月齡幼兒為每分鐘大於 60 下；2 至 11 個月齡幼兒為每分鐘大於 50 下；1 至 5 歲兒童為每分鐘大於 40 下。</p>
重度	嚴重肺炎	<ul style="list-style-type: none"> 青少年或成人伴隨有發燒或呼吸道感染，且合併下列任一項：每分鐘呼吸速率超過 30 下；嚴重呼吸窘迫 (severe respiratory distress)；或一般空氣 (無氧氣設備輔助) 下之血氧飽合度未達 93%。 兒童伴隨有咳嗽或呼吸困難，且合併下列任一項： <ul style="list-style-type: none"> ▲ 中樞性發紺 (central cyanosis) 或血氧飽合度未達 90%。 ▲ 嚴重呼吸窘迫：如呼吸呻吟聲 (grunting)、極度嚴重之胸部凹陷。 ▲ 肺炎合併危險徵候 (如無法餵/進食、倦怠或意識喪失、抽搐等)。 ▲ 其他也可能會出現的肺炎徵候：胸部凹陷、呼吸急促 (未滿 2 個月齡幼兒每分鐘大於 60 下；2 至 11 個月齡幼兒每分鐘大於 50 下；1 至 5 歲兒童每分鐘大於 40 下)。 此為臨床性診斷，胸部 X 光可用於輔助排除併發症。
危急	急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)	<p>【時序】</p> <p>在已知臨床病因之一周內，新發生呼吸道症狀，或原有之呼吸道症狀加劇。</p> <p>【胸部影像 (X 光、電腦斷層、肺部超音波等)】</p> <p>雙側肺部斑塊 (opacities)，且無法只以肋膜積水、肺葉塌陷、或結節解釋。</p> <p>【肺水腫原因 (origin of edema)】</p> <p>無法完全以心臟衰竭或體液容積過量 (fluid overload) 解釋之呼吸衰竭，且須客觀之評估證據，以排除靜水性肺水腫 (hydrostatic)。</p>

嚴重度	疾病	說明
		<p>【氧合度（成人）】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 輕度 ARDS： 200mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 300mmHg (合併 PEEP 或 CPAP ≥ 5 cmH₂O，或未接受機械式呼吸輔助)。 • 中度 ARDS： 100mmHg < PaO₂/FiO₂ ≤ 200mmHg (合併 PEEP ≥ 5 cmH₂O，或未接受機械式呼吸輔助)。 • 重度 ARDS：PaO₂/FiO₂ ≤ 100mmHg (合併 PEEP ≥ 5 cmH₂O，或未接受機械式呼吸輔助)。 • 當無 PaO₂ 之數值時，SpO₂/FiO₂ ≤ 315 可認為有 ARDS (即便患者未接受機械式呼吸輔助)。 <p>【氧合度（兒童）】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 使用 Bilevel 非侵襲性呼吸器或面罩式持續性呼吸道正壓呼吸器 ≥ 5 cmH₂O： PaO₂/FiO₂ ≤ 300mmHg 或 SpO₂/FiO₂ ≤ 264。 • 輕度 ARDS (使用侵襲性機械式呼吸輔助)： 4 ≤ OI < 8 或 5 ≤ OSI < 7.5。 • 中度 ARDS (使用侵襲性機械式呼吸輔助)： 8 ≤ OI < 16 或 7.5 ≤ OSI < 12.3。 • 重度 ARDS (使用侵襲性機械式呼吸輔助)： OI ≥ 16 或 OSI ≥ 12.3。
危急	敗血症	<p>【成人】</p> <p>因疑似或確認之感染所導致的患者免疫功能失控，產生危及生命的器官失能，器官失能的徵候包含：意識改變、呼吸困難或急促、低血氧飽合度、尿量減少、心搏過速、脈搏減弱、肢體冰冷或低血壓、皮膚出現大理石斑、有實驗室證據之凝血功能病變、血小板低下、酸血症、高乳酸血症、或膽色素過高等。</p> <p>【兒童】</p> <p>有疑似或確認之感染，且符合 SIRS 其中任兩項指標 (其中一個指標必須是體溫異常或白血球計數異常)。</p>
危急	敗血性休克	<p>【成人】</p> <p>經輸液補充後仍持續低血壓，而需要升壓劑以維持平均動脈壓 ≥ 65mmHg，且血清乳酸值 > 2mmol/L。</p> <p>【兒童】</p>

嚴重度	疾病	說明
		任何形式之低血壓（收縮壓 < 5th 百分位或低於對應之年齡血壓值 2 個標準差以上）或符合以下條件 2-3 項：意識改變、心搏過速或過緩（嬰兒為每分鐘未達 90 下或超過 160 下；兒童為每分鐘未達 70 下或超過 150 下；延長的微血管回充時間超過 2 秒或暖性血管擴張（warm vasodilation）合併跳躍性脈搏（bounding pulse）；呼吸快速；皮膚出現大理石斑、出血點、或紫斑；乳酸值上升；少尿；體溫過高或低體溫。

【備註】

1. 名詞縮寫：

CPAP：持續性呼吸道正壓呼吸 continuous positive airway pressure

FiO₂：吸入氧濃度 fraction of inspiration O₂

OI：Oxygenation Index

OSI：Oxygenation Index using SpO₂

PaO₂：動脈氧氣分壓 arterial oxygen tension

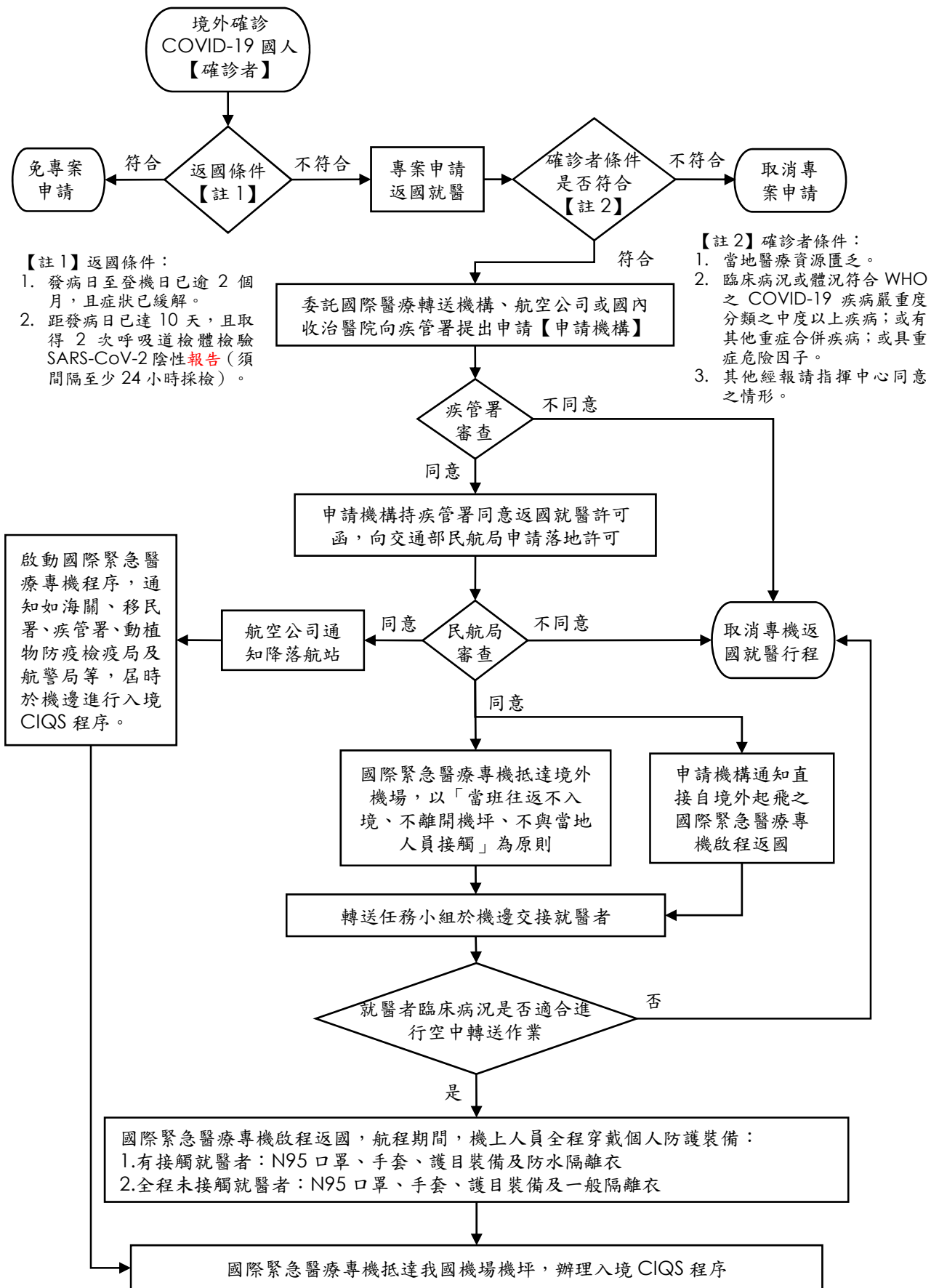
PEEP：吐氣末陽壓 positive end expiratory pressure

SIRS：全身炎症反應綜合徵 systemic inflammatory response syndrome

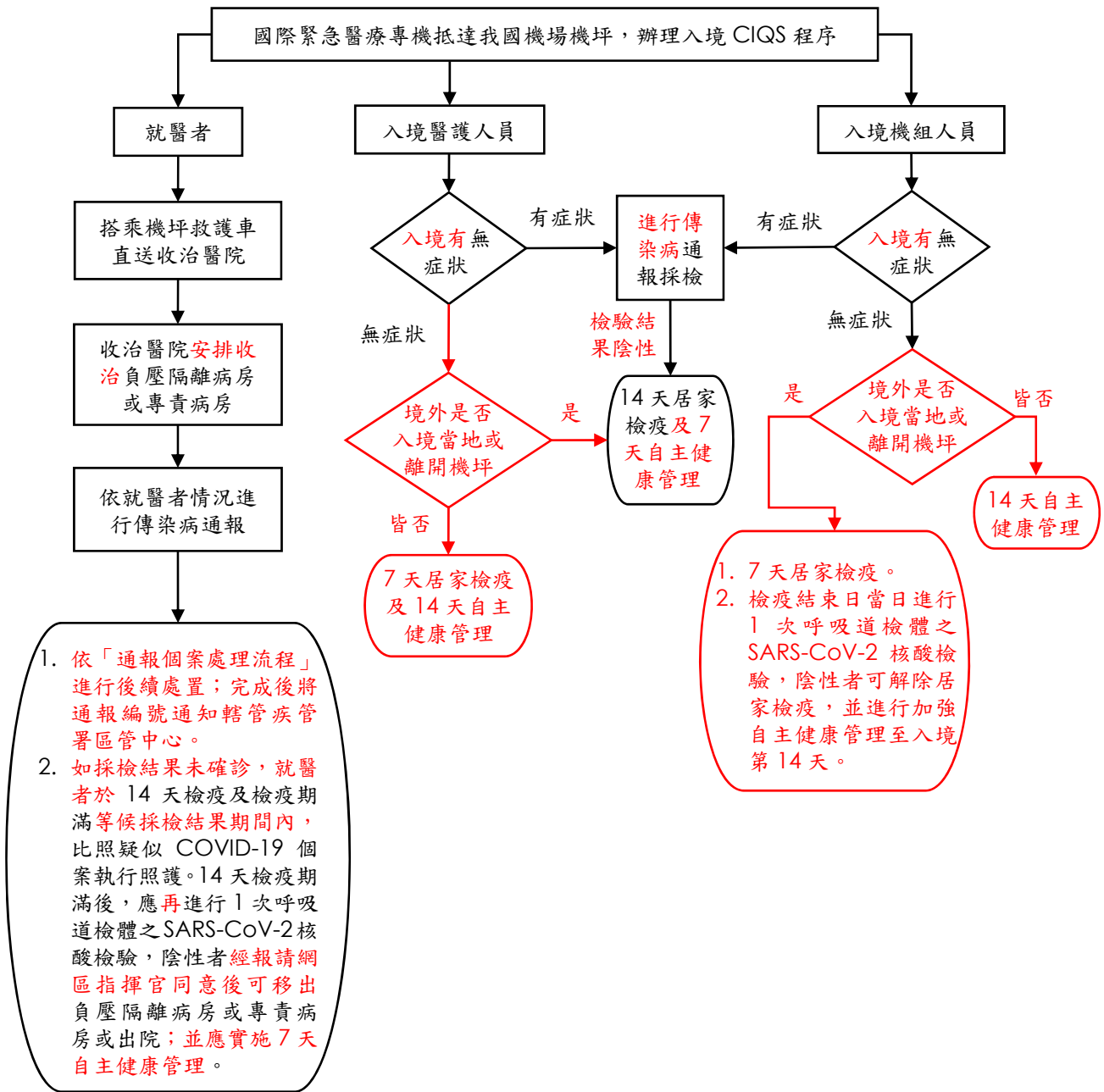
SpO₂：血氧飽合度

2. 分類標準請依 WHO 公布之「Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected」最新版本辦理。資料來源請見 [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

附件 2、境外確診 COVID-19 國人返國作業流程



附件 2 (續)、境外確診 COVID-19 國人之 返國專機人員居家檢疫日數判斷流程



附件 3、申請文件一覽表

文件名稱		登載內容	說明
就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明		一、聲明事項 二、個人基本資料暨健康狀況說明。 三、登機前 3 日內之呼吸道檢體檢驗新型冠狀病毒核酸檢驗報告（以下稱檢驗報告）持有情形。	
健康證明文件	病歷或醫療診斷書	就醫者於包含送審日期前 14 天內之醫療紀錄	由當地醫療機構醫師或國際醫療轉送機構醫師開立。
	搭機前 3 日內檢驗報告	被採檢者基本資料、採樣檢體種類、檢驗日期、檢驗方式及檢驗結果等	一、由出發國家主管機關或醫療機構開具。 二、請於登機前及入境時提供相關人員確認。
入境防疫計畫書		一、收治醫院、國際醫療轉送機構及航空公司基本資料。 二、入境人員資料及相關防疫規劃：入境人員名單、防疫交通規劃、居家檢疫住所資訊、聯絡人資訊及就醫者住院期間感染管制防疫措施。	
專機轉送計畫書		國際醫療轉送機構聯絡資訊、轉送行程計畫表、參與轉送任務之人員名單、個人防護裝備及備品資料、相關人員著裝內容。	

附件 4、就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明（格式）

境外確診 COVID-19 國人返國就醫聲明事項		
<p>一、就醫者入境後，將自機場直送收治醫院。入院時依規定進行傳染病通報採檢，並安排入住負壓隔離病房或專責病房，並依「通報個案處理流程」進行後續處置。</p> <p>二、如前項採檢結果未確診，就醫者於 14 天檢疫及檢疫期滿等候採檢結果期間內，應入住收治醫院安排之負壓隔離病房或專責病房，並比照疑似 COVID-19 個案執行照護。檢疫期滿後，需再進行 1 次呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗，陰性者經報請網區指揮官同意後可移出負壓隔離病房或專責病房或出院；並應實施 7 天自主健康管理。</p> <p>三、依傳染病防治法第 58 條規定，誠實申報就醫者健康資訊，如有拒絕、規避妨礙或填寫不實等違反事項，可依違規情形處新臺幣 1 萬至 15 萬元罰鍰；倘違規情節有致使他人感染之虞，亦須負相關刑責。</p>		
就醫者健康狀況		
就醫者姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號
在臺聯絡資訊 手機： 市話：	在臺聯絡地址 戶籍地址： 實際居住地址（ <input type="checkbox"/> 同上）：	
預計抵臺時間（西元年月日 24 小時制）	就醫者預計入境港埠 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 桃園 <input type="checkbox"/> 清泉崗 <input type="checkbox"/> 台南 <input type="checkbox"/> 小港 <input type="checkbox"/> 花蓮	
<p>一、COVID-19 確診時間（西元年月日）：</p> <p>二、過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19 之病人？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>三、過去 14 天內是否有發燒、呼吸道症狀（咳嗽、呼吸急促等）或以下症狀（已服藥者亦須填「是」）？</p> <p><input type="checkbox"/>是（請選擇出現症狀）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>發燒 <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>流鼻水/鼻塞 <input type="checkbox"/>呼吸急促 <input type="checkbox"/>腹瀉 <input type="checkbox"/>嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/>全身倦怠</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>四肢無力 <input type="checkbox"/>其他（請說明）_____</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>		
<p>請填列過去 14 天內曾去過的所有國家（含港澳地區）：</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p>		
<p>是否持有搭機前 3 日內採檢之 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告？</p> <p><input type="checkbox"/>有陽性報告 <input type="checkbox"/>無檢驗報告（請於下方說明原因）</p> <p>【無檢驗報告原因】<input type="checkbox"/>就醫者病況無法進行檢驗 <input type="checkbox"/>等待檢驗報告結果中</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>啟程地為指揮中心公布無法取得 COVID-19 核酸檢驗報告國家</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>就醫者未檢驗／其他（請說明）：</p>		
立書人簽名	法定代理人簽名（為就醫者之_____）	簽署日期

附件 4、就醫者聲明事項暨個人健康狀況說明（範例）

境外確診 COVID-19 國人返國就醫聲明事項		
<p>一、就醫者入境後，將自機場直送收治醫院。入院時依規定進行傳染病通報採檢，並安排入住負壓隔離病房或專責病房，並依「通報個案處理流程」進行後續處置。</p> <p>二、如前項採檢結果未確診，就醫者於 14 天檢疫及檢疫期滿等候採檢結果期間內，應入住收治醫院安排之負壓隔離病房或專責病房，並比照疑似 COVID-19 個案執行照護。檢疫期滿後，需再進行 1 次呼吸道檢體之 SARS-CoV-2 核酸檢驗，陰性者經報請網區指揮官同意後可移出負壓隔離病房或專責病房或出院；並應實施 7 天自主健康管理。</p> <p>三、依傳染病防治法第 58 條規定，誠實申報就醫者健康資訊，如有拒絕、規避妨礙或填寫不實等違反事項，可依違規情形處新臺幣 1 萬至 15 萬元罰鍰；倘違規情節有致使他人感染之虞，亦須負相關刑責。</p>		
就醫者健康狀況		
就醫者姓名 ○○○	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證號 A100000000
在臺聯絡資訊 手機：09xx-xxx-xxx 市話：02-xxxx-xxxx ext.x	在臺聯絡地址 戶籍地址：○○市○○區○○路○段○號 實際居住地址（ <input checked="" type="checkbox"/> 同上）：	
預計抵臺日期時間（西元年月日 24 小時制） 2020/01/01 23:00	就醫者預計入境港埠 <input type="checkbox"/> 松山 <input checked="" type="checkbox"/> 桃園 <input type="checkbox"/> 清泉崗 <input type="checkbox"/> 台南 <input type="checkbox"/> 小港 <input type="checkbox"/> 花蓮	
<p>一、 COVID-19 確診時間（西元年月日）：2019/12/25</p> <p>二、 過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19 之病人？ <input checked="" type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>三、 過去 14 天內是否有發燒、呼吸道症狀（咳嗽、呼吸急促等）或以下症狀（已服藥者亦須填「是」）？</p> <p style="margin-left: 20px;"><input checked="" type="checkbox"/>是（請選擇出現症狀）</p> <p style="margin-left: 40px;"><input checked="" type="checkbox"/>發燒 <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>流鼻水/鼻塞 <input type="checkbox"/>呼吸急促 <input type="checkbox"/>腹瀉 <input type="checkbox"/>嗅、味覺異常 <input type="checkbox"/>全身倦怠</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/>四肢無力 <input type="checkbox"/>其他（請說明）_____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/>否</p>		
請填列過去 14 天內曾去過的所有國家（含港澳地區）： 1. <u>加拿大</u> 2. _____ 3. _____		
是否持有搭機前 3 日內採檢之 SARS-CoV-2 核酸檢驗報告？ <input type="checkbox"/> 有陽性報告 <input type="checkbox"/> 有陰性報告 <input checked="" type="checkbox"/> 無檢驗報告（請於下方說明原因） 【無檢驗報告原因】 <input type="checkbox"/> 就醫者病況無法進行檢驗 <input type="checkbox"/> 等待檢驗報告結果中 <input type="checkbox"/> 啟程地為指揮中心公布無法取得 COVID-19 核酸檢驗報告國家 <input checked="" type="checkbox"/> 就醫者未檢驗/其他（請說明）： <u>醫院安排時間太久（等 3 個月）</u>		
立書人簽名 ○○○	法定代理人簽名（為就醫者之<u>配偶</u>） ○○○	簽署日期 2020/12/31

附件 5、入境防疫計畫書（格式）

申請日期： 年 月 日

壹、相關機構基本資料

單位	機構名稱	聯絡窗口姓名	聯絡電話	電子郵件
收治醫院				
轉送機構				
航空公司				

【備註】疾管署受理審查過程中如有須確認事項，將與提供之聯絡窗口聯繫。

貳、入境我國之就醫者防疫資料

一、就醫者基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年月日	
在臺聯絡電話	手機： 市話：			身分證 字號	
在臺地址	戶籍地址				
	實際居住地	(<input type="checkbox"/> 同上)			

二、「就醫者」在院期間病房資訊

階段	負壓隔離病房／專責病房資訊
居家檢疫 (年 月 日 ~ 月 日)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 醫院名稱： ▶ 醫院地址： ▶ 病房：<input type="checkbox"/>專責病房 <input type="checkbox"/>負壓隔離病房 <input type="checkbox"/>待確認 ▶ 病房號（非必填）：_____ <input type="checkbox"/>待確認

【備註】居家檢疫期間為「入境日~入境日+14」；自主健康管理期間為「入境日+15~入境日+21」。例如入境為 1/1，居家檢疫期間為 1/1~1/15；自主健康管理期間為 1/16~1/22。

三、就醫者在臺緊急聯絡人資訊

階段	姓名	與就醫者關係	聯絡電話	備註
返臺前			手機： 市話：	
返臺後 (<input type="checkbox"/> 同上)			手機： 市話：	

四、就醫者在院期間感染管制措施

日期	流程	備註

【備註】

1. 應說明就醫者於入境後之採檢程序安排、院內動線規劃、相關可能進行程序之感染管制措施等。
2. 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。

五、就醫者親屬入境我國情形

未安排就醫者親屬於就醫者入境後 14 日內入境我國。

預計安排就醫者親屬於就醫者入境後 14 日內入境我國【請填下表】

姓名	國籍	身分證號／ 護照號碼	與就醫 者關係	在臺 聯絡電話	預計 入境日	入境 港埠	入境 方式

六、其他補充說明事項

無

參、專機醫護人員及機組人員入境情形及防疫規劃

一、本次專機行程共安排醫護人員____名及機組人員____名。

二、本次專機之醫護人員及機組人員入境我國情形【可複選】：

均不入境

均過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

部分過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

部分入境【續填第三點】 均入境【續填第三點】

三、專機醫護人員及機組入境人員名單

姓名	身分別	國籍	身分證字號 ／ 護照號碼	服務單位	境外入境 及離開機坪情形
	<input type="checkbox"/> 醫護 <input type="checkbox"/> 機組				入境： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 離開機坪： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

姓名	身分別	國籍	身分證字號 ／護照號碼	服務單位	境外入境 及離開機坪情形
	<input type="checkbox"/> 醫護 <input type="checkbox"/> 機組				入境： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 離開機坪： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

四、入境人員之防疫交通規劃

接駁區間/行程	交通規劃
機場至檢疫住所	
機場至醫院 至檢疫住所	

【備註】機組人員填報之接駁區間原則為「機場至檢疫住所」；醫護人員如須隨救護車運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至醫院至檢疫住所」，不用運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至檢疫住所」。

五、居家檢疫及自主健康管理期間住所資訊

人員	階段	預計期間	檢疫住所地址
	居家檢疫	年 月 日～ 月 日	
	加強自主健康管理	年 月 日～ 月 日	
	自主健康管理	年 月 日～ 月 日	

六、聯絡人資訊

窗口	姓名	聯絡電話	電子郵件	備註
醫護人員				
機組人員				

【備註】請提供相關人員之聯絡窗口，以利相關事項聯繫。

七、居家檢疫及自主健康管理期間防疫措施

人員	防疫措施	備註
醫護人員		
機組人員		

【備註】請說明醫護人員及機組人員於入境後之防疫措施安排等流程。

八、其他補充說明事項

無

附件 5、入境防疫計畫書（範例）

申請日期：110 年○月○日

壹、相關機構基本資料

單位	機構名稱	聯絡窗口姓名	聯絡電話	電子郵件
收治醫院	○○醫院	○○○	02-xxxx-xxxx	aaa@gmail.com
轉送機構	○○機構	○○○	02-xxxx-xxxx	bbb@gmail.com
航空公司	○○航空	○○○	02-xxxx-xxxx	ccc@gmail.com

【備註】疾管署受理審查過程中如有須確認事項，將與提供之聯絡窗口聯繫。

貳、入境我國之就醫者防疫資料

一、就醫者基本資料

姓名	○○○	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年月日	YYYY/MM/DD
在臺聯絡電話	手機：09xx-xxx-xxx 市話：02-xxxx-xxxx			身分證 字號	A100000000
在臺地址	戶籍地址	○○市○○區○○路○段○號			
	實際居住地	(<input type="checkbox"/> 同上) ○○市○○區○○路○段○號			

二、「就醫者」在院期間病房資訊

階段	負壓隔離病房／專責病房資訊
居家檢疫 (110 年 1 月 1 日~1 月 15 日)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 醫院名稱：○○醫院 ▶ 醫院地址：○○市○○區○○路○段○號 ▶ 病房：<input type="checkbox"/>專責病房 <input checked="" type="checkbox"/>負壓隔離病房 <input type="checkbox"/>待確認 ▶ 病房號（非必填）：_____ <input checked="" type="checkbox"/>待確認

【備註】居家檢疫期間為「入境日~入境日+14」；自主健康管理期間為「入境日+15~入境日+21」。例如入境為 1/1，居家檢疫期間為 1/1~1/15；自主健康管理期間為 1/16~1/22。

三、就醫者在臺緊急聯絡人資訊

姓名	與就醫者之關係	聯絡電話	備註
○○○	配偶	手機：09xx-xxx-xxx 市話：02-xxxx-xxxx	

四、就醫者在院期間感染管制措施

日期	流程	備註
1/1 入院首日	1. 就醫者入境時於機邊進行檢疫及入境程序；完成後搭乘○○醫院／○○機構派遣之救護車由機坪直送收治醫院： (1) 救護車駕駛及隨車救護人員，均穿著適當個人防護裝備，包括 N95 口罩、手套、面罩及隔離衣。 (2) ○○醫院／○○機構已告知前開人員本次任務之相關風險。 (3) 救護車於結束載運任務後將進行清消作業，俟完成後再進行新載運任務。 2. 就醫者抵達醫院： (1) 依據院內 COVID-19 相關感控作業程序，將就醫者依規劃動線移至負壓隔離病房／專責病房。 (2) 進行個人資料建檔、體溫量測、TOCC 確認及通報採檢作業。 3. 就醫者傳染病通報編號通知所轄疾管署區管中心。	
1/1-1/15 居家檢疫	1. 住院期間之治療由○○科醫師負責。 2. 居家檢疫期間，視為 COVID-19 確診／疑似個案執行照護，依○○醫院 COVID-19 相關感控作業程序執行相關感控措施。 3. 如未確診時，居家檢疫期滿後再進行 1 次採檢。	

【備註】

1. 應說明就醫者於入境後之採檢程序安排、院內動線規劃、相關可能進程序之感染管制措施等。
2. 倘收治醫院無法進行採檢，請補充說明相關採檢安排及交通防疫動線等。

五、就醫者親屬入境我國情形

就醫者親屬 未安排 於就醫者入境後 14 日內入境我國。

就醫者親屬 預計 於就醫者入境後 14 日內入境我國【請填下表】

姓名	國籍	身分證號／ 護照號碼	與就醫 者關係	在臺 聯絡電話	預計 入境日	入境 港埠	入境 方式
○○ ○	本國 籍	B100000000	父子	09xx- xxxxxx	109/ 1/10	桃園	民航 客機
○○ ○	本國 籍	B200000000	父女	09xx- xxxxxx	109/ 1/10	桃園	民航 客機

六、其他補充說明事項

無

參、專機醫護人員及機組人員入境情形及防疫規劃

一、本次專機行程共安排醫護人員 2 名及機組人員 2 名。

二、本次專機之醫護人員及機組人員入境我國情形【可複選】：

均不入境

均過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

部分過境（請提供過境旅館及預計離境日期）：

部分入境【續填第三點】 均入境【續填第三點】

三、專機醫護人員及機組入境人員名單

姓名	身分別	國籍	身分證字號 ／護照號碼	服務單位	境外入境 及離開機坪情形
甲○○	<input checked="" type="checkbox"/> 醫護 <input type="checkbox"/> 機組	本國 籍	C200000000	○○醫院	入境： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 離開機坪： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
乙○○	<input checked="" type="checkbox"/> 醫護 <input type="checkbox"/> 機組	本國 籍	D100000000	○○醫院	入境： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 離開機坪： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
丙○○	<input type="checkbox"/> 醫護 <input checked="" type="checkbox"/> 機組	本國 籍	E100000000	○○航空	入境： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 離開機坪： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
丁○○	<input type="checkbox"/> 醫護 <input checked="" type="checkbox"/> 機組	本國 籍	F100000000	○○航空	入境： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 離開機坪： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無

四、入境人員之防疫交通規劃

接駁區間/行程	交通規劃
機場至檢疫住所	【機組人員/醫護人員】自駕／專車／機場防疫專車前往居家檢疫住所。
機場至醫院 至檢疫住所	<ul style="list-style-type: none"> • 醫護人員搭乘救護車運送就醫者至醫院，於指定場所完成就醫者交接。 • 自駕／防疫專車／醫院專車前往居家檢疫住所。

【備註】機組人員填報之接駁區間原則為「機場至檢疫住所」；醫護人員如須隨救護車運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至醫院至檢疫住所」，不用運送就醫者至收治醫院時，填報之接駁區間為「機場至檢疫住所」。

五、居家檢疫及自主健康管理期間住所資訊

人員	階段	預計期間	檢疫住所地址
甲○○ 【醫護】	居家檢疫	【有入境／離開機坪】 110年01月01日～01月15日	○○市○○區 ○○路○段○ 號
	自主健康管理	110年01月16日～01月22日	
乙○○ 【醫護】	居家檢疫	【未入境／未離開機坪】 110年01月01日～01月08日	○○市○○區 ○○路○段○ 號
	自主健康管理	110年01月09日～01月22日	
丙○○ 【機組】	居家檢疫	【有入境／離開機坪】 110年01月01日～01月08日	○○市○○區 ○○路○段○ 號
	加強自主健康管理	110年01月09日～01月15日	
丁○○ 【機組】	自主健康管理	110年01月01日～01月15日	○○市○○區 ○○路○段○ 號

六、聯絡人資訊

窗口	姓名	聯絡電話	電子郵件	備註
醫護人員	○○○	02-xxxx-xxxx	xxx@gmail.com	
機組人員	○○○	02-xxxx-xxxx	xxx@gmail.com	

【備註】請提供相關人員之聯絡窗口，以利相關事項聯繫。

七、居家檢疫及自主健康管理期間防疫措施

人員	階段	防疫措施	備註
醫護人員	居家檢疫	<ol style="list-style-type: none"> 返臺抵達○○機場，俟完成入境程序後，搭乘機坪之救護車運送就醫者至醫院，並於指定場所完成就醫者交接後，搭乘專車抵達檢疫住所。 居家檢疫期間持續監測健康狀況，如發現有疑似 COVID-19 相關症狀時，將立即通知所屬服務單位及衛生局，並配合後續相關就醫安排。 	
	自主健康管理	預計於居家檢疫期滿後次日進行採檢，確認檢驗結果為陰性後，返回工作。	
機組人員	居家檢疫	<ol style="list-style-type: none"> 完成入境程序後，自駕／親友接送／機場防疫專車前往居家檢疫住所。 居家檢疫期間持續監測健康狀況，如發現有疑似 COVID-19 相關症狀時，將立即通知所屬服務單位及衛生局，並配合後續相關就醫安排。 	
	自主健康管理	遵循自主健康管理／強化自主健康管理相關規定。	

【備註】請說明醫護人員及機組人員於入境後之防疫措施安排等流程。

八、其他補充說明事項

■ 無

附件 6、專機轉送計畫書（格式）

壹、基本資料【必填】

轉送機構名稱		
聯絡人		
姓名	聯絡電話	電子郵件
航空公司名稱		

貳、行程計畫表【必填】

日期	當地時間	行程內容	備註

【備註】填寫機場代號者請備註機場名稱；如機上人員入境港埠不同，請詳實列出並備註說明；如有中轉點時，亦請於備註說明。

參、轉送小組名單：如入境防疫計畫書。

肆、個人防護裝備及相關備品資料【必填】

品項名稱	數量	品項名稱	數量	品項名稱	數量
N95 口罩		手套		護目鏡	
防水隔離衣		一般隔離衣		全面罩	

【備註】上表內已預填品項為作業原則基本要求項目，轉送機構可再自行增列品項。

伍、穿戴之個人防護裝備【必填】

人員	著裝內容
醫護人員	
機組人員	

附件 6、專機轉送計畫書（範例）

壹、基本資料【必填】

轉送機構名稱	○○機構	
聯絡人		
姓名	聯絡電話	電子郵件
○○○	02-xxxx-xxxx	xxx@gmail.com
航空公司名稱	○○航空	

貳、行程計畫表【必填】

日期	當地時間	行程內容	備註
00/00	00:00-00:00	○○機場-溫哥華機場	
00/00	00:00-00:00	溫哥華機場-清泉崗機場	<ul style="list-style-type: none"> • 中轉站美國、東京 • 就醫者及醫護人員入境
00/00	00:00-00:00	清泉崗機場-小港機場	機組人員入境

【備註】填寫機場代號者請備註機場名稱；如機上人員入境港埠不同，請詳實列出並備註說明；如有中轉點時，亦請於備註說明。

參、轉送小組名單：如入境防疫計畫書。

肆、個人防護裝備及相關備品資料【必填】

品項名稱	數量	品項名稱	數量	品項名稱	數量
N95 口罩	○個	外科手套	○雙	鞋套	○雙
防水隔離衣	○件	護目鏡	○個	髮帽	○個
一般隔離衣	○件	全面罩	○個	(以下空白)	-

【備註】上表內已預填品項為作業原則基本要求項目，轉送機構可再自行增列品項。

伍、穿戴之個人防護裝備【必填】

人員	著裝內容
醫護人員	N95 口罩、手套、面罩、防水隔離衣
機組人員	N95 口罩、手套、全面罩、一般隔離衣

附件 7、防範嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）自主健康管理通知書 （國人返國就醫專機醫護人員居家檢疫監測期滿者）

為降低可能傳播風險，並保障您自己、親友及周遭人士的健康，請您於自主健康管理期間，確實做好自主健康管理措施：

- 一、醫護人員返臺後，於境外有入境當地或離開機坪原則應進行居家檢疫 14 天，期滿後實施 7 天自主健康管理。如無相關症狀，且無入境當地及未離開機坪原則進行居家檢疫 7 天，期滿後進行 14 天自主健康管理。
- 二、居家檢疫期間若未出現相關症狀，請於居家檢疫期滿後或次日起進行採檢。非進行 14 天居家檢疫者，自採檢院所返家後，於接獲通知檢驗結果前應留在家中，不可外出。確認檢驗結果為陰性後，可返回工作。返回工作後應遵循「醫療照護工作人員自主健康管理期間返回工作建議」所載相關注意事項。
- 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、於自主健康管理期間，每日早/晚各量體溫一次、詳實記錄體溫、健康狀況及活動史。儘量避免出入公共場所，延後非急迫之醫療或檢查，外出時，請一定嚴格遵守全程佩戴口罩。
- 五、倘您有發燒（ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、嗅/味覺異常、腹瀉或有呼吸道症狀，請立即佩戴口罩，撥打 1922 或聯繫地方政府衛生主管機關，依指示方式儘速就醫，未經上述程序不得逕行外出就醫就診，且禁止搭乘大眾運輸工具前往。就醫時應主動告知醫師接觸史旅遊史、居住史、職業暴露、以及身邊是否有其他人有類似的症狀。
- 六、生病期間應於家中休養，並佩戴口罩、避免外出，且與他人儘可能保持 1 公尺以上距離。當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。
- 七、如您就醫後，經醫院安排採檢，自採檢醫院返回後，於接獲通知檢驗結果前，應留在家中，不可外出，如檢驗結果陽性，地方政府衛生主管機關將會通知您及安排就醫。另於獲知檢驗結果為陰性後，仍需自主健康管理至入境後 21 天，期間如果症狀加劇，請確實佩戴好醫用口罩，並應主動與衛生單位聯繫，或撥 1922，依指示儘速就醫，且禁止搭乘大眾運輸工具就醫。
- 八、如未確實遵守各項自主健康管理規定，係違反傳染病防治法第 58 條檢疫措施，依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 15 條規定，可裁處新臺幣 10 萬至 100 萬元罰鍰。

防範嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）自主健康管理通知書 （國際醫療專機醫護人員居家檢疫監測期滿者）

姓名：	身分證號：
住址：	聯絡電話：

經衛教後已了解自主健康管理期間應注意事項

簽名：_____

日期：_____年_____月_____日

附件 8、中央健康保險署各分區業務組聯絡地址及電話

各業務組	地址	轄區範圍	聯絡電話
臺北 業務組	100008 臺北市中正 區公園路 15-1 號	臺北市、新北市、基隆市、 宜蘭縣、金門縣、連江縣	02-2191- 2006
北區 業務組	320216 桃園市中壢 區中山東路 3 段 525 號	桃園市、新竹市、新竹縣、 苗栗縣	03-433-9111
中區 業務組	407666 臺中市西屯 區市政北一路 66 號	臺中市、彰化縣、南投縣	04-2258- 3988
南區 業務組	700203 臺南中西 區公園路 96 號	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、 臺南市	06-224-5678
高屏 業務組	801206 高雄市前金 區中正四路 259 號	高雄市、屏東縣、澎湖縣	07-231-5151
東區 業務組	970206 花蓮縣花蓮 市軒轅路 36 號	花蓮縣、臺東縣	03-833-2111

【備註】相關內容亦可至中央健康保險署網站查詢最新資訊
(<https://www.nhi.gov.tw/>)