

(附件三)

健康管理名冊 活動名稱：110年高雄市茂林區第一屆區長盃全國原住民傳統射箭競技邀請賽								
序號	姓名	性別	聯絡電話	是否屬於「具感染風險民眾追蹤管理機制」之「居家隔離」及「居家檢疫」者?	旅遊史 (出國國家)	旅遊史 (出國起、訖日)	接觸史 (有無接觸「居家隔離」及「居家檢疫」人員)	請記錄體溫
1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
6		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
7		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
8		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額溫： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽

9		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額温： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽
10		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是_____ <input type="checkbox"/> 否	額温： <input type="checkbox"/> 劇烈咳嗽