

流水號 No.:

## 嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫通知書及提審權利告知

姓名：	身分證號/護照號碼：
法定代理人：	身分證號/護照號碼：
聯絡電話：	指定檢疫場所：(由開立人員填寫)

- 一、因您為確診個案之接觸者或曾有流行地區旅遊史/居住史(請勾選)，為防範嚴重特殊傳染性肺炎之傳染，並保障您自己的健康，於民國\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日期間進行集中檢疫。
- 二、如您為入境後有症狀旅客，於採檢後將送指定集中檢疫場所，俟檢驗結果陰性，且經集中檢疫場所衛生組醫師評估身體狀況適合返家進行後續居家檢疫，即廢止本集中檢疫通知書。
- 三、符合嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 3 條規定及嚴重特殊傳染性肺炎隔離及檢疫期間防疫補償辦法第 2 條之適用對象得申請防疫補償。防疫補償之申請，自受隔離或檢疫結束之日起，因 2 年間不行使而消滅。
- 四、檢疫期間請您確實做好各項健康監測措施/規定(如附件 1)，如未遵守，將依行政執行法第 27 條及 28 條第 2 項規定，執行直接強制，並依法裁處罰鍰：
  - 違反「傳染病防治法」第 48 條(確診個案之接觸者)，將依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 15 條第 1 項處新臺幣 20 萬以上 100 萬元以下罰鍰。
  - 違反「傳染病防治法」第 58 條(曾有流行地區旅遊史/居住史者)，將依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 15 條第 2 項處新臺幣 10 萬以上至 100 萬元以下罰鍰。
- 五、您或您的親友有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。您可提供工作人員您親友之姓名、地址、電話或電子郵件，執行機

流水號 No.:

關將盡合理努力通知您的親友有關您接受集中檢疫之訊息(附件 2 及附件 3)。

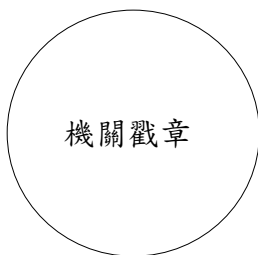
六、如您有任何問題，可與以下工作人員聯絡

工作人員姓名：

職稱：

電話：

通知書開立機關：



首長 ○ ○ ○

通知書開立時間：民國      年      月      日      時      分

對本通知如有不服，應於本通知單送達之次日起 30 日內，依訴願法第 58 條第 1 項規定，繕具訴願書經原行政處分機關向訴願管轄機關提起訴願。

### 檢疫期間各項健康監測措施/規定:

- 一、留在檢疫場所指定範圍內，不外出，亦不得出境或出國。
- 二、請維持手部清潔，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。
- 三、請落實呼吸道衛生及咳嗽禮節。有咳嗽等呼吸道症狀時應戴口罩，當口罩沾到口鼻分泌物時，應立即更換並內摺丟進垃圾桶。打噴嚏時，應用面紙或手帕遮住口鼻，若無面紙或手帕時，可用衣袖代替。如有呼吸道症狀，與他人交談時，請戴上外科口罩並儘可能保持 1.5 公尺以上距離。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、請於集中檢疫期間內，每日早/晚各量體溫一次、詳實記錄體溫及活動史(如附件 A表格)，主動通報檢疫場所衛生組人員；檢疫場所衛生組人員將主動追蹤您的早/晚體溫紀錄。
- 五、倘您有發燒( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )或咳嗽、呼吸急促等呼吸道症狀、嗅味覺異常、腹瀉或其他任何身體不適，請立即佩戴外科口罩，主動與檢疫場所衛生組人員聯繫，以協助儘速就醫治療。
- 六、就醫時，請將本通知單出示給醫師，並應主動告知醫師接觸史、旅遊史及居住史。

### 體溫及行程紀錄表

姓名：

自流行地區入境日/最後一次接觸確定病例日： 年 月 日

集中檢疫期間： 年 月 日至 年 月 日

日期	上午								下午								活動史紀錄
	體溫(度)	流鼻水、鼻塞	咳嗽	呼吸困難	嗅味覺異常	腹瀉	全身倦怠	四肢無力	體溫(度)	流鼻水、鼻塞	咳嗽	呼吸困難	嗅味覺異常	腹瀉	全身倦怠	四肢無力	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

- 陪同至集中檢疫場所之衛生單位人員：
- 檢疫場所衛生組人員：
- 上開衛生組人員聯絡電話：

※您為入境後有症狀之旅客，在集中檢疫期間經檢驗為陰性，且經醫師評估身體狀況適合返家進行後續居家檢疫，自\_\_\_\_年\_\_月\_\_日起請繼續配合完成入境後 14 日居家檢疫措施。

醫師簽名：  
接受檢疫者(法定代理人)簽名：

流水號 No.:

**嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫通知書及提審權利告知送達證明**

本人(法定代理人)已於民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分  
收悉嚴重特殊傳染性肺炎集中檢疫通知書，並了解本人或本人之親友有  
權利依提審法規定向地方法院聲請提審。

本人(法定代理人)

不請求執行機關通知親友。

請求執行機關通知以下親友：

第一位親友

姓名：

住址：

電話：

電子郵件：

第二位親友

姓名：

住址：

電話：

電子郵件：

本人(法定代理人)簽名：

日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

若本人(法定代理人)拒絕簽名，工作人員請填以下表格

工作人員\_\_\_\_\_，已向本人(法定代理人)解釋其聲請提審之  
相關權利，並要求本人於提審權利告知書簽名，但本人拒絕簽名。

工作人員簽名：

日期：民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 告知親友提審權利通知書

您的親友

\_\_\_\_\_先生/女士，身份證字號(或護照號碼)：\_\_\_\_\_

因符合集中檢疫政策適用對象，依下列法律規定實施集中檢疫措施

- 為確診個案之接觸者，依傳染病防治法第 48 條第 1 項規定，為傳染病病人之接觸者或疑似被傳染者，需施行留驗、檢查、預防接種、投藥、隔離等必要處置。
- 曾有流行地區旅遊史/居住史，依傳染病防治法第 58 條規定，為入、出國(境)之人員，主管機關得採行防疫、檢疫、隔離治療等必要處置。

由於您的親友指定您為提審法相關權利之受通知者，特此通知您以下事項：

一、前揭集中檢疫措施之執行原因：

- 確定病例密切接觸者，居家隔離期間未遵守相關規範者。
- 自流行地區入境，居家檢疫期間未遵守相關規範者。
- 入境後須集中檢疫之旅客。
- 經地方政府協調後仍無居家隔離/居家檢疫處所者。
- 其他：

二、執行時間：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分。

三、執行地點（地址或可認定具體地點之記載）：

四、您有權利依照提審法的規定，向地方法院聲請提審。

五、通知時間：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分。

六、通知方式(載明或勾選下方欄位)：

- 現場親自簽收。
- 電話告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友。
- 傳真或電郵告知後，通知書以雙掛號方式郵寄該親友。

七、執行機關聯絡人

工作人員姓名與職稱：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

被通知人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

若該親友拒絕簽名，工作人員請填以下表格

工作人員\_\_\_\_\_，已向該親友遞送告知親友提審權利通知書，並要求該親友於通知書簽名，但該親友拒絕簽名。

工作人員簽名：\_\_\_\_\_ 偕同工作人員簽名：\_\_\_\_\_

日期：民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日