

**因應 COVID-19 居家隔離及居家檢疫者
社會緊急需求外出前採檢/醫院探視申請單(衛生局填寫)**

一、民眾條件審核欄：

1. 申請日期：_____
2. 姓名：_____身分證號/護照號碼：_____ 聯繫電話：_____
3. 居家檢疫/隔離至今是否第 5 日(含)以上且無症狀： <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否 (提醒：入境日為第 0 日)
4. 與探視者關係：_____是否為二親等以內親屬： <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否
5. 外出事由： <input type="checkbox"/> 奔喪 <input type="checkbox"/> 至醫院探視重病家屬(續填第 6 題) <input type="checkbox"/> 至其他場所探視重病家屬 <input type="checkbox"/> 其他_____
6. 探視醫院：_____ 安排探訪日期：_____ 醫院是否同意民眾探視： <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否(本欄請電話聯繫醫院同意)

二、安排醫院採檢：

1. 欲安排採檢醫院：_____ 安排採檢日期：_____
2. 為縮短審核時間，請先向採檢醫院詢問，是否接受民眾授權後直接傳真檢驗報告予衛生局，如醫院同意，請民眾填寫表一。將本申請單及表一傳真採檢醫院備查。
3. 檢驗結果是否為陰性： <input type="checkbox"/> 是/ <input type="checkbox"/> 否(此欄於取得檢驗結果後補充) 檢驗報告取得日期：_____ (報告取得當天不算，2 日內可安排外出)

三、安排至醫院探視重病家屬(審核欄第 5 項勾選至醫院探視者)

請確認上述條件皆符合，並將檢驗結果及本申請單傳真探視醫院，並電話確認安排日期及相關細節。

協助申請單位：_____ 衛生局 衛生局人員：_____ 日期：_____

衛生局人員聯繫電話：_____ 傳真：_____