

入境防疫計畫書

壹、收治機構緊急聯絡人(必填)

單位	姓名	聯絡電話	信箱

備註：機構同仁應掌握申請入境就醫及伴醫人員之入境情形、在台期間行蹤。

貳、申請入境就醫及伴醫人員名單(必填)

編號	姓名	關係	出生日期	國籍	護照號碼	出發地	簽證申請處*
1							
2							
3							

註 1：請依護照資料填寫，並附上護照頁面佐證資料

(請自行增列申請名單)

註 2*：非中港澳人士必填，駐館名稱及位置可參考外交部領事事務局網站

參、防疫交通車輛資訊

接駁區間/ 行程	交通車類型	司機姓名	連絡電話	車牌號碼
機場→防疫 旅館	<input type="checkbox"/> 防疫計程車 <input type="checkbox"/> 機構派車 <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 一般計程車 <input type="checkbox"/> 其他_____			
防疫旅館↔ ○○指定採 檢機構	<input type="checkbox"/> 防疫計程車 <input type="checkbox"/> 機構派車 <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 一般計程車 <input type="checkbox"/> 其他_____			
防疫旅館→ 醫療機構	<input type="checkbox"/> 防疫計程車 <input type="checkbox"/> 機構派車 <input type="checkbox"/> 救護車 <input type="checkbox"/> 一般計程車 <input type="checkbox"/> 其他_____	-	-	-

(如有多項交通安排請依序明列之)

肆、檢疫住所資訊(必填)

期間	預計日期	住所類別	地址	電話
檢疫期間	月 日 至 月 日	<input type="checkbox"/> 防疫旅館 <input type="checkbox"/> 自宅或親友住所* <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 其他_____		
自主健康管理期間	月 日 至 月 日	<input type="checkbox"/> 防疫旅館 <input type="checkbox"/> 自宅或親友住所* <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 其他_____		

* ☐ 醫療機構已有充分告知，並與就醫及伴醫人員確認自宅或親友住所地點均符合疾病管制署規範：

1. 同住者無 65 歲(含)以上長者、6 歲(含)以下幼童、慢性病患者（如心血管疾病、糖尿病或肺部疾病等）。
2. 應有專用房間（含專用衛浴設備）。

(若就醫者及伴醫者檢疫住所有異，請分別敘明；如有其他期間請自行增列)

伍、COVID-19 採檢資訊(必填)

項目	日期		
	就醫者	伴醫者 1	伴醫者 2
入境前採檢日期			
預計於本國採檢日期			

陸、入境防疫流程：(應依本國傳染病防治法及疫情指揮中心頒布規範進行)(必填)

預計日期	流程說明

(請自行增列之)

柒、COVID-19 疑似個案或確診應變處置措施

COVID-19 疑似個案或確診應變處置措施

捌、緊急醫療應變處置措施

緊急醫療應變處置措施

玖、醫療機構是否有經衛生局核備之專責病房

☐是，專責病房共_____間病室（請檢附相關核備文件）。

☐ 否。

備註：醫療機構收治嚴重特殊傳染性肺炎疑似或確診病例，應優先安排於負壓隔離病房、專責病房或普通隔離病房及單人病室。