

漁船船員自主健康管理紀錄表

船名 Vessel Name : _____ 船員姓名 Name : _____

請確認是否有下列症狀，如有，請勾選症狀名稱；若無，請勾選「無症狀」。

如船員有疑似新冠肺炎(COVID-19)症狀，請儘速協助安排就醫；就醫前建議安排一人一室隔離。

日期	發燒 ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) Fever ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)	咳嗽 Cough	流鼻水 鼻塞 Runny/ stuffy nose	腹瀉 Diarrhea	嗅/味覺 異常 Loss of smell or taste	全身 倦怠 Malaise	四肢 無力 Limb weakness	呼吸 困難 Breathing difficulties	無症狀 No symptoms
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
上午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
下午	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(請續下頁填報)

[illegible]