



# 父母的日常健康檢查

作為日託中日常健康檢查的一種選擇，父母可以在參加該計劃之前完成以下健康檢查。每天使用一個空間。

1. 您或您的孩子是否出現以下症狀：異常咳嗽, 味覺或嗅覺喪失, 呼吸急促, 發燒？
2. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 陽性病例？\*
3. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 推定性病例？\*

如果您對左側的所有問題回答“否”，請在下面簽名並註明日期。

簽名

日期

1. 您或您的孩子是否出現以下症狀：異常咳嗽, 味覺或嗅覺喪失, 呼吸急促, 發燒？
2. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 陽性病例？\*
3. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 推定性病例？\*

如果您對左側的所有問題回答“否”，請在下面簽名並註明日期。

簽名

日期

1. 您或您的孩子是否出現以下症狀：異常咳嗽, 味覺或嗅覺喪失, 呼吸急促, 發燒？
2. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 陽性病例？\*
3. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 推定性病例？\*

如果您對左側的所有問題回答“否”，請在下面簽名並註明日期。

簽名

日期

1. 您或您的孩子是否出現以下症狀：異常咳嗽, 味覺或嗅覺喪失, 呼吸急促, 發燒？
2. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 陽性病例？\*
3. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 推定性病例？\*

如果您對左側的所有問題回答“否”，請在下面簽名並註明日期。

簽名

日期

1. 您或您的孩子是否出現以下症狀：異常咳嗽, 味覺或嗅覺喪失, 呼吸急促, 發燒？
2. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 陽性病例？\*
3. 您或您的孩子在過去 14 天內是否接觸過 COVID-19 推定性病例？\*

如果您對左側的所有問題回答“否”，請在下面簽名並註明日期。

簽名

日期

\*接觸的定義是，在傳染期間 24 小時內緊密接觸超過 15 分鐘。傳染期為 COVID-19 症狀患者首次出現症狀之前的兩天到出現症狀後 10 天。如果沒有症狀，則傳染期為測試前兩天至測試後 10 天。