**民眾未配合臺中市醫療院所就診及陪探病管理措施**

**通 報 單**

109年4月版

|  |
| --- |
| **一、通報醫療院所資料** |
| **(一)院所名稱** |  |
| **(二)院所所在區域** | **臺中市 區** |
| **(三)通報人資料** | **姓名：** |
| **職稱：** |
| **(四)通報人聯絡電話** |  |
| **(五)發生日期及時間** |  |

|  |
| --- |
| **二、未配合醫療院所就診及陪探病管理措施之民眾資料** |
| **(一)民眾姓名 (必填)** |  |
| **(二)身分證字號(必填)** |  |
| **(三)出生年月日** |  **年 月 日** |
| **(四)聯絡電話** |  |
| **(五)聯絡地址** |  |

|  |
| --- |
| **三、通報事項(請打勾)** |
|  | **未戴口罩進入醫療院所** |
|  | **進入醫療院所未配合提供健保卡或身分證供診所查核** |
|  | **進出醫療院所未依醫療院所規定之出入口及動線進出** |
|  | **14天內入境返國之民眾進行陪探病** |
|  | **設有產科病床之婦產科診所** | **未具特殊探視之需求、未經醫師醫療專業同意而進行探病** |
|  | **陪病人數超過1位或陪病期間陪病人員未全程戴口罩** |

|  |
| --- |
| **四、相關事證** |
| **□ 照片 □ 影片 □ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **五、補充說明** |
|  |

**通報日期：109年 月 日**

* **請於填寫完成後，傳真至臺中市政府衛生局2515-5449進行通報。**