

# 東方設計大學-集會活動防疫企畫書

主辦單位		活動名稱	
活動日期及時間		負責人姓名 及連絡電話	
活動地點	<input type="checkbox"/> 室內空間：  <input type="checkbox"/> 室外空間：		
活動流程			
<b>防疫事項</b>			
<b>事項</b>	<b>器材</b>	<b>協助人員姓名</b>	<b>內容(流程)</b>
體溫監測	額溫槍		協助人員於入口處 全面監測體溫
清潔消毒用品	酒精或洗手液		協助人員於入口處 實施酒精手部消毒
檢視配戴口罩	口罩		<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入口處負責人員，檢視有無配戴口罩</li> <li>➢ 如未配戴者要求配戴，如未攜帶者將提供口罩發放</li> <li>➢ 入場後持續宣導參加人員佩戴上口罩</li> </ul>
實聯制	實聯制表格 (簽到表)		<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 簽到格式如下列附件</li> <li>➢ 報到處及量體溫工作人員務必配戴口罩</li> </ul>
會場通風			<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 活動會場門窗開啟</li> <li>➢ 保持室內通風</li> </ul>
設置醫護站	500人以上活動 需設置		<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 倘若活動進行時如有身體不適者，敬請工作人員立即連繫主辦單位及醫護站</li> <li>➢ 立即做撤離至醫療中心</li> </ul>

備註：

1. 人與人之間盡量保持室內 1.5 公尺、室外 1 公尺以上安全距離。
2. 測量體溫時額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 應通知體育暨衛生保健及校安中心或撥 1922 諮詢，並依指示配戴口罩儘速就醫，同時主動告知醫師旅遊史及接觸史，以利及時診斷及通報。
3. 此表請於活動辦理前，與活動申請單一同繳交至體育暨衛生保健組。

# 東方設計大學集會活動

## 防疫計畫檢核表

活動名稱：\_\_\_\_\_ 辦理單位：\_\_\_\_\_

項次	風險評估	檢核內容	自我檢核	單位檢核
1	防疫計畫書	✓ 舉辦前 <u>3-5</u> 天送防疫計畫書		
2	能否事先掌握參加者資訊	✓ 所有人員（參與人員及工作人員）事前造冊，入場採實聯制 ✓ 入口處安排工作人員協助對所有人員進行體溫量測 ✓ 所有人員事先簽具健康聲明書，有發燒（耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）、呼吸道症狀及具感染風險民眾追蹤管理機制之各類人員（居家隔離、居家檢疫、加強自主健康管理、自主健康管理）不得進入。未事先繳交者，當日應補繳始得進入	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
3	活動空間之通風換氣情況	✓ 室內空調開放時，可關前後門，應於對角處各開啟一扇窗，每扇至少開啟15公分 ✓ 戶外開放區域，較無通風換氣問題	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
4	活動參加者之間的距離	✓ 室內保持1.5公尺社交安全距離 ✓ 室外保持1公尺社交安全距離	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
5	活動期間參加者是否為固定位置	✓ 參加人員採固定座位，並配合實聯制之措施執行 ✓ 工作人員不固定座位，但事先造冊，可掌握人員名單	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
6	活動期間可否落實手部衛生及佩戴口罩	✓ 除必要飲水及用餐外，所有進入人員全程配戴口罩 ✓ 飲水時可暫時脫下口罩，飲畢應立即戴上口罩 ✓ 用餐時應以個人套餐為原則，應保持社交距離，或設置隔板，或分時、分眾用餐；用餐時不得交談，不得併桌用餐	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
7	工作人員健康管理計畫	✓ 為降低感染風險，工作人員於14日前進行體溫量測登記，落實健康監測 ✓ 前一日如有發燒或身體不適，不宜擔任工作人員，應啟動備援人員機制	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
8	防疫宣導規劃	✓ 於相關網站、報名系統或活動現場進行衛生教育宣導，包括全程佩戴口罩、進場體溫量測、清潔消毒手部、保持社交距離等	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
9	防疫措施及防護用品準備	✓ 入口備有體溫量測設備（紅外線體溫量測器、額溫槍、耳溫槍），以及足量75%酒精或洗手設備、口罩（備用）等防疫物資	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
10	清潔消毒措施	✓ 活動場域常用空間進行衛生清潔及消毒，並視使用情形，增加清潔消毒頻率 ✓ 針對公共區域，例如廁所、洗手檯、電梯、樓梯扶手、遊戲器材、休憩椅座等，以及經常接觸之門把、桌（椅）面、電燈開關、麥克風、教（玩）具、電腦鍵盤、滑鼠等設備消毒工作，務必加強清潔消毒	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無

11	住宿防疫措施	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 住宿地點應加強各處消毒，並配合政府防疫政策，進入住宿地點時均須佩戴口罩及測量體溫，如發燒（耳溫<math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math>；額溫<math>\geq 37.5^{\circ}\text{C}</math>），建議立即返家休息或就醫，飯店內均備有酒精提供手部消毒</li> <li>✓ 如住宿期間有任何身體不適的情形，請就近尋求活動工作人員或飯店工作人員協助</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
12	疑似或確診者之應變處置	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 人員如有疑似感染症狀，應安排儘速就醫，或暫時安排於場域內指定之獨立隔離空間，聯繫衛生局或撥打1922，依指示至指定社區採檢院所就醫或返家等候</li> <li>✓ 出現確診病例者時，應通報衛生機關，將所有人員造冊送交衛生機關，配合疫情調查，被匡列為密切接觸者之人員應進行居家隔離及採檢，並落實清潔消毒；提醒非密切接觸者之造冊列管人員進行健康監測</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
13	地方衛生單位及醫療院所聯繫方式	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 依需求洽請醫療支援，如醫療專業人員進駐協助、掌握鄰近醫療資源、諮詢地方衛生單位確立疑似個案後送醫院及後送流程等</li> <li>✓ 建立相關單位（如地方衛生機關、鄰近醫療院所）之聯繫窗口及通報流程等，且確保工作人員皆瞭解及熟悉應變流程</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無  <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無
14	其他事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 其他應注意事項，請說明；</li> </ul>		

備註：本表為參考範例，各單位可依辦理活動之性質及需要，自行增加檢核項目。

填寫人：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_

人員清冊格式/簽到

主辦單位: \_\_\_\_\_ 活動名稱: \_\_\_\_\_ 活動地點: \_\_\_\_\_  室外空間  室內空間

活動日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 活動時間: \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 - \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

活動負責人及電話: \_\_\_\_\_

★此表請於活動辦理結束後，確認最後的參與人員名單，將電子檔寄送給體育暨衛生保健組

★表格請自行增列

校外單位 (公司名稱)	姓名	連絡電話	過去 14 天內是否有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀 (已服藥者亦需填寫「是」)?	過去 14 天內去過哪些地區	過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19(新冠肺炎)之病人?	體溫
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	

校外單位 (公司名稱)	姓名	連絡電話	過去 14 天內是否有發燒、咳嗽或呼吸急促症狀 (已服藥者亦需填寫「是」)?	過去 14 天內去過哪些地區	過去 14 天內是否曾接觸疑似或確診 COVID-19(新冠肺炎)之病人?	體溫
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	
			<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是: <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 嗅、味覺異常 開始日期: _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 中/港/澳 <input type="checkbox"/> 日/韓 <input type="checkbox"/> 美/加 <input type="checkbox"/> 東南亞/南亞 <input type="checkbox"/> 歐洲 <input type="checkbox"/> 中東 <input type="checkbox"/> 紐/澳 <input type="checkbox"/> 其他 日期: _____	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 日期: _____	