Hong Kong Society of Professional Training

香港專業培訓學會

Health Declaration 健康申報表

Name 姓名：_____ Date 日期 ： _____

1. Do you have any of the following symptoms : 閣下是否有以下不適徵狀 :

SYMPTOMS 病 徵	NO 無	YES 有	If Yes, number of days 如有，日數
1. Fever 發 燒			
2. Chills & Rigor 發 冷			
3. Cough 咳 嗽			
4. Diarrhoea 肚 瀉			
5. Shortness of Breath / Difficulty in Breath 呼吸急促 / 呼吸困難			
6. Other Symptoms (Please specify) 其他病徵 (請列明):			

2. Travel history within 14 days 十四天內的離境出行記錄

   No沒有☐ Yes 有 ☐ (如有，請填寫出行國家及地點)

   _____

3. During compulsory home quarantine？ 是否正接受或處於家中隔離期間？

   No不是☐ Yes 是 ☐ (如是，請留在家中直至隔離期滿)

   _____

4. Related health history (Visit of hospitals or close contact with patient with significant infective disease) (Please specify) 相關健康紀錄 (曾到訪醫院或與傳染病患者有密切接觸) (請列明)

   _____

   Signature 簽署: _____

(兩天以上課程適用)

本人在下列日期之狀況跟上面描述相同。

日期：								
簽署：								