

台東縣綠島鄉衛生所自費檢驗 COVID-19 抗原快篩申請表

病歷號碼：

申請人中文姓名：

身分證字號：

護照英文姓名：

護照號碼：

聯絡電話：

申請原因：

症狀：☐發燒☐咳嗽☐喉嚨痛☐鼻塞☐腹瀉☐嗅味覺異常☐其他

注意事項

1. 抗原快篩檢驗結果若為陽性時，建議以即時 RT-PCR(以下稱核酸檢驗)進行確認。

2. 民眾抗原快篩陰性，不代表安全無虞，亦可能有偽陰性或採檢時病毒量較低無法被偵測之可能，

應請民眾持續自我健康監測。

本人同意綠島鄉衛生所將本人自費檢驗、檢查之下列個人資料(包括姓名、身分證字號、生日、性別、自費檢驗、檢查等資料)，於本人簽署本同意書日期起算7年內，提供予衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)，做為載入本人之健康存摺及健保醫療資訊雲端查詢系統，並得於本人醫療需要範圍內予以蒐集、處理或利用。本人已瞭解就提供之個人資料得依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利，並得行使：申請查詢或請求閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理或利用及請求刪除等權利。此致 台東縣綠島鄉衛生所

申請人簽章：

中華民國 年 月 日 時 分

領取人員簽章：

中華民國 年 月 日 時 分

抗原篩檢結果：☐陰性☐陽性

醫師：

醫檢師：