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: |