

Student Affairs Office
Health Declaration for Influenza A H1N1
甲型 H1N1 流感 學生健康申報表

Name:

姓名：

(Surname)

(Given Name)

(Chinese 中文姓名)

Student I.D. No.:

學生編號：

Programme (Year):

就讀課程（年級）：

Name of Hall / Quarters:

入住宿舍名稱：

Room Number:

房號：

Home Address:

住址：

Telephone Number:

聯絡電話：

1. For the past 7 days, have you had any of the following symptoms:

在過去 7 日內，你是否有以下症狀：

Fever 發燒

☐

Yes 有

☐

No 沒有

Coughing 咳嗽

☐

Yes 有

☐

No 沒有

Sneezing 打噴嚏

☐

Yes 有

☐

No 沒有

Runny nose 流鼻水

☐

Yes 有

☐

No 沒有

2. For the past 7 days, have you been in contact with person(s) with Influenza A H1N1?

在過去 7 日內，是否有接觸過患有甲型 H1N1 流感病人？

☐

Yes 有

☐

No 沒有

3. For the past 7 days, did you travel outside HK to an area with local transmission of Influenza A H1N1?

在過去 7 日內，是否有到過甲型 H1N1 流感疫區？

☐

Yes 有

☐

No 沒有

If yes, please state where:

如有，請註明地點：

For Office Use 職員用

Date 日期

Request student to seek treatment at A&E unit of HA hospital ASAP: 要求學生立即到醫管局旗下醫院之急症室求醫：	
Inform SAO and/ or Warden 通知學生事務處及／或舍監:	
Check in to Sick Room 搬入宿舍病房： Room No 房號（ ）	