









[回上一頁](#)









呼吸道類

- 個案疫情調查完成時間：  
- 受訪對象： 個案 其他：說明
- 麻疹/德國麻疹出疹期間(其他通報疾病免填)：起   ~ 迄  
- 個案是否接種過本次通報疾病之相關疫苗？ 否 (會清除其他選項的答案) 不清楚 是，接種日期：  
- 慢性疾病病史
有 無 (會清除下方答案)
若為有時，需選擇下列類別至少一項
精神疾病
神經肌肉疾病
慢性肺疾(如氣喘、慢性阻塞性肺疾等)
代謝性疾病(如糖尿病、高血脂等)
心血管疾病(高血壓除外)
肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)
仍在治療中或未治癒之癌症
因HIV感染或藥物引起之免疫低下
懷孕：週數(週)
其他：說明
- 個案發病後是否就醫？
門診就醫？
否 是 (填答下表)

院所名稱	日期
	<input type="text"/>  
	<input type="text"/>  
	<input type="text"/>  
	<input type="text"/>  
	<input type="text"/>  

住院治療？

否 是 (填答下表)

院所名稱	病房型態	日期(住院中不用填結束日期)	備註(非必填)
	加護病房 負壓隔離房 普通病房 急診	<input type="text"/>   ~ <input type="text"/>  	
	加護病房 負壓隔離房 普通病房 急診	<input type="text"/>   ~ <input type="text"/>  	
	加護病房 負壓隔離房 普通病房 急診	<input type="text"/>   ~ <input type="text"/>  	
	加護病房 負壓隔離房 普通病房 急診	<input type="text"/>   ~ <input type="text"/>  	

	加護病房 負壓隔 離房 普通病房 急診	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
--	---------------------------	--	--

7. 個案之潛伏期內是否曾經接觸類似症狀之個案？

否 是(請填下表)

姓名	與個案關係 家人 朋友 同學 同事 其他，說 明	是否同住 是 否	開始有症狀日期 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
姓名	與個案關係 家人 朋友 同學 同事 其他，說 明	是否同住 是 否	開始有症狀日期 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
姓名	與個案關係 家人 朋友 同學 同事 其他，說 明	是否同住 是 否	開始有症狀日期 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
姓名	與個案關係 家人 朋友 同學 同事 其他，說 明	是否同住 是 否	開始有症狀日期 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
姓名	與個案關係 家人 朋友 同學 同事 其他，說 明	是否同住 是 否	開始有症狀日期 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

8. 潛伏期內活動地點？

住家 校園 職場

除上列外，其他活動地點請註明如下：

日期(起) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ 日期(迄) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	地點 <input type="text"/>
日期(起) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ 日期(迄) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	地點 <input type="text"/>
日期(起) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ 日期(迄) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	地點 <input type="text"/>
日期(起) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ 日期(迄) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	地點 <input type="text"/>
日期(起) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ 日期(迄) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	地點 <input type="text"/>

9. 潛伏期內是否到過醫院？

否 是

就醫日期 <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	療院所名稱 <input type="text"/>
就醫日期 <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	療院所名稱 <input type="text"/>
就醫日期 <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	療院所名稱 <input type="text"/>
就醫日期 <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	療院所名稱 <input type="text"/>
就醫日期 <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	療院所名稱 <input type="text"/>

10. 可傳染期內，除就醫外之活動地點：

住家 校園 職場

除上列外，其他活動地點請註明如下：

日期(起) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/> ~ 日期(迄) <input type="text"/> <input checked="" type="checkbox"/>	地點 <input type="text"/>
---	-------------------------

日期(起): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/> ~ 日期(迄): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/>	地點
日期(起): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/> ~ 日期(迄): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/>	地點
日期(起): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/> ~ 日期(迄): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/>	地點
日期(起): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/> ~ 日期(迄): <input type="text"/> <input type="button" value="X"/>	地點

11. 個案於可傳染期間是否搭乘大眾運輸工具？

否 是 (續填下表):

新增

查無資料
