

基本資料

| | | | |
|-----------|--|----|--|
| 法定傳染病通報編號 | | 姓名 | |
| 年齡 | | 性別 | |

問卷問題

*為必填欄位

Q1：調查時間(起~迄)

*自____年____月____日到____年____月____日，實際調查日數，共____日

Q2：報告衛生局、所

*衛生局：_____報告衛生局名稱：_____

Q3：疫情調查醫師資料

*調查醫師姓名：_____

*職稱：_____

*服務單位：_____

*日期：____年____月____日

Q4：初步臨床分類(preliminary clinical classification)

*1、是否符合急性無力肢體麻痺報告病例定義：

是否 請註明原因：_____

摒除病例(discarded case)：_____

疑似病例(probable case)：_____

2、如非小兒麻痺症，請註明最後診斷及意見

(if not polio, give final diagnosis and comments below)

日期(date)：____年____月____日

描述(comments)：_____

Q5：初次神經學症候--自律神經功能

*膀胱(bladder)

正常(normal)不正常(abnormal) ，如勾選『不正常(abnormal)』，則請描述(describe)：_____

*腸(bowel)

正常(normal)不正常(abnormal) ，如勾選『不正常(abnormal)』，則請描述(describe)：_____

*流汗(sweating)

正常(normal)不正常(abnormal) ，如勾選『不正常(abnormal)』，則請描述(describe)：_____

Q6：初次神經學症候--反射(reflexes)

右(Right)

左(Left)

*

*

二頭肌(biceps)

3=增加(increased)3=增加(increased)2=正常(normal)2=正常(normal)

| | | |
|----------------|--|--|
| | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) |
| | <input type="radio"/> 0=無(absent) | <input type="radio"/> 0=無(absent) |
| | * | * |
| 三頭肌(triceps) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) |
| | <input type="radio"/> 2=正常(normal) | <input type="radio"/> 2=正常(normal) |
| | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) |
| | <input type="radio"/> 0=無(absent) | <input type="radio"/> 0=無(absent) |
| | * | * |
| 旋後肌(supinator) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) |
| | <input type="radio"/> 2=正常(normal) | <input type="radio"/> 2=正常(normal) |
| | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) |
| | <input type="radio"/> 0=無(absent) | <input type="radio"/> 0=無(absent) |
| | * | * |
| 膝蓋(knee) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) |
| | <input type="radio"/> 2=正常(normal) | <input type="radio"/> 2=正常(normal) |
| | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) |
| | <input type="radio"/> 0=無(absent) | <input type="radio"/> 0=無(absent) |
| | * | * |
| 關節(ankle) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) | <input type="radio"/> 3=增加(increased) |
| | <input type="radio"/> 2=正常(normal) | <input type="radio"/> 2=正常(normal) |
| | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) | <input type="radio"/> 1=減少(decreased) |
| | <input type="radio"/> 0=無(absent) | <input type="radio"/> 0=無(absent) |
| | * | * |
| Babinski | <input type="radio"/> 上(up) | <input type="radio"/> 上(up) |
| | <input type="radio"/> 下(down) | <input type="radio"/> 下(down) |
| | <input type="radio"/> 無動作(no movement) | <input type="radio"/> 無動作(no movement) |

Q7：初次神經學症候--感覺(sensation)

(2=正常(normal)；1=減少(decreased)；0=無(absent))

A、手(Hand)

觸覺(touch)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

針刺覺(pin)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

震動(vibration)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

B、腳(Foot)

觸覺(touch)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

針刺覺(pin)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

震動(vibration)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

C、背(Back)

觸覺(touch)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

針刺覺(pin)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

震動(vibration)：* 右(Right)_____ * ，左(Left)_____

(問卷結束)

調查醫師簽名 _____