



衛生福利部疾病管制署

Centers for Disease Control

**106 年電子病歷傳染病自動通報
通報作業工作說明書**

附錄二、送驗單友善列印畫面對應

V2.0.0

中華民國一〇六年二月八日

版本變更記錄

版本	發行日期	修訂說明	修訂單位
V1.0	2014/12/1	初版	衛生福利部疾病管制署
V1.5.2	2015/03/20	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V1.5.3	2015/04/07	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V1.5.4	2015/05/13	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V1.5.5	2015/06/03	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V1.5.6	2015/07/17	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V1.5.7	2015/12/15	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V1.5.8	2016/06/17	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署
V2.0.0	2017/2/8	版次編號調整與工作明書一致。 (本次僅編號調整,內容未更動。)	衛生福利部疾病管制署

列印人員：蔡睿哲

列印時間：103/10/30 11:33:04

衛生福利部疾病管制署防疫檢體送驗單 (首頁)						疾病管制署收件日期：年 月 日														
登革熱						條碼黏貼處 08-102-907255														
						疾管檢字第 號														
						司法相驗項目備註：														
指定收件單位：高屏區管制中心																				
主要病徵：發燒(38°C以上)、頭痛				採檢前投藥：沒有		屍體檢體：不是		衛生局收件日期：年 月 日												
								衛生所收件日期：年 月 日												
旅遊史：否				動物接觸史：																
報告醫療院所(必填)：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院				送驗機關(必填)：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院				AFP檢體溫度指示片：(疾管署使用,勿填) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NC												
診斷醫師(必填)：蔣○延				送驗人(必填)：陳常梅				疾管署檢體收件不良項目：(疾管署使用,勿填) <input type="checkbox"/> 檢體容器破損或滲漏， <input type="checkbox"/> 採檢容器不正確， <input type="checkbox"/> 運送溫度不合規定， <input type="checkbox"/> 送驗檢體種類不符， <input type="checkbox"/> 檢體送驗時效不當， <input type="checkbox"/> 送驗單有未填寫項目， <input type="checkbox"/> 未黏貼Barcode， <input type="checkbox"/> 未完成送驗單登錄												
電話(必填)：077317123				電話(必填)：07-7317123																
傳真(必填)：077324263				傳真(必填)：07-7324263																
姓名	個案/ 接觸者	性別	出生 年 月 日	發病 月 日	採檢 月 日	採檢 次 數	全血	血清	糞便	肛門拭子	咽拭子	鼻咽拭子	腦脊液	尿液	痰	菌株	其他	實驗室檢體編號		再採檢 (日期) 備註
身分證字號 碼							檢驗結果													
聯絡電話							病原體確認											血清學結果		
曾○庭	通報個案	女	72 年 9 月	10/24	10/30	1	V											Lab.No	Lab.No	
S22299○○○○							高雄市三民區大昌二路○號													
國際港埠採取瘧疾血液者須加填完整右邊資料			來自地區：		進入疫區日期：		年 月 日		除發燒外 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 惡寒症狀				<input type="checkbox"/> 曾經 <input type="checkbox"/> 未曾 <input type="checkbox"/> 罹患過瘧疾							
			採檢人：陳常梅		發燒開始日期：		年 月 日		<input type="checkbox"/> 服用 <input type="checkbox"/> 未服用 <input type="checkbox"/> 過瘧疾藥物											

RDC-QR-0401-01

列印人員：蔡睿哲

列印時間：103/10/30 11:33:04

衛生福利部疾病管制署防疫檢體送驗單 (首頁)		疾病管制署收件日期：年月日
登革熱	條碼黏貼處 08-102-907255	疾管檢字第 號
		司法相驗項目備註：

列印人員：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><送驗人員>文字

列印時間：「系統時間」

疾病名稱：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><送驗疾病>陣列<疾病代碼>代碼轉換文字

條碼黏貼處：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><送驗單編號>文字

司法相驗項目備註：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><司法相驗項目備註>文字

指定收件單位：高屏區管制中心			
主要病徵：發燒(38°C以上)、頭痛	採檢前投藥：沒有	屍體檢體：不是	衛生局收件日期：年月日 衛生所收件日期：年月日
旅遊史：否	動物接觸史：		

指定收件單位：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><指定送件單位代碼>代碼轉換文字

主要病徵：<電子通報單><傳染病通報單><主要症狀>陣列<症狀>代碼轉換文字 (院方 HIS 病歷資料)

採檢前投藥：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><採檢前投藥情形>文字

屍體檢體：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><屍體解剖>0=否·1=是

旅遊史：<電子通報單><傳染病通報單><流行病學相關因子><是否有旅遊史>0=否·1=是 (院方 HIS 病歷資料)

動物接觸史：<電子通報單><傳染病通報單><流行病學相關因子><是否接觸動物>0=否·1=是 (院方 HIS 病歷資料)

報告醫療院所(必填)：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	送驗機關(必填)：長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	AFP檢體溫度指示片：(疾管署使用,勿填) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NC 疾管署檢體收件不良項目：(疾管署使用,勿填) <input type="checkbox"/> 檢體容器破損或滲漏， <input type="checkbox"/> 採檢容器不正確， <input type="checkbox"/> 運送溫度不合規定， <input type="checkbox"/> 送驗檢體種類不符， <input type="checkbox"/> 檢體送驗時效不當， <input type="checkbox"/> 送驗單有未填寫項目， <input type="checkbox"/> 未黏貼Barcode， <input type="checkbox"/> 未完成送驗單登錄
診斷醫師(必填)：蔣○延	送驗人(必填)：陳常梅	
電話(必填)：077317123	電話(必填)：07-7317123	
傳真(必填)：077324263	傳真(必填)：07-7324263	

報告醫療院所(必填)：<電子通報單><傳染病通報單><醫院資料><院所名稱>文字 (院方 HIS 資料)

診斷醫師(必填)：<電子通報單><傳染病通報單><醫院資料><診斷醫師>文字 (院方 HIS 病歷資料)

電話(必填)：<電子通報單><傳染病通報單><醫院資料><電話> (院方 HIS 病歷資料)

傳真(必填)：<電子通報單><傳染病通報單><醫院資料><傳真> (院方 HIS 病歷資料)

送驗機關(必填)：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><送驗單位>代碼轉換文字

送驗人(必填)：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><送驗人員>文字

電話(必填)：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><電話>

傳真(必填)：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><傳真>

姓名	個案/ 接觸者	性別	出生 年月日	發病 月日	採檢 月日	採檢 次數	全血	血清	糞便	肛門 拭子	咽喉 拭子	鼻咽 拭子	腦脊 髓液	尿液	痰	菌株	其他	實驗室檢體編號		再採 檢 (日期)	備註		
身分證字號 碼							檢驗結果	病原體確認	血清學結果														
聯絡電話	通報個案	女	72 年 9 月	10/24	10/30	1	現在住址										Lab.No	Lab.No					
曾○庭							V																
S22299○○○○							高雄市三民區大昌二路○號																
國際港埠採取瘧疾血液者須加填完整右邊資料			來自地區：	進入疫區日期：			年	月	日	除發燒外○有(○無)惡寒症狀							○曾經(○未曾)罹患過瘧疾						
			採檢人：	發燒開始日期：			年	月	日	○服用(○未服用)過瘧疾藥物													

姓名：<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><姓名> (院方 HIS 病歷資料)

身份證字號：<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><身分證字號> (院方 HIS 病歷資料)

聯絡電話：<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><住家電話> (院方 HIS 病歷資料)

<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><手機> (院方 HIS 病歷資料)

<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><公司電話> (院方 HIS 病歷資料)

個案\接觸者：固定文字「通報個案」

性別：<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><性別> (院方 HIS 病歷資料)

出生年月日：<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><出生日期> (院方 HIS 病歷資料)

發病月日：<電子通報單><傳染病通報單><病歷採檢與相關日期><發病日> (院方 HIS 病歷資料)

採檢月日：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><檢體採檢日>文字

採檢次數：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><送驗疾病>陣列<送驗次數>數字

全血、血清、糞便、肛門拭子、咽喉拭子、鼻咽拭子、腦脊髓液、尿液、痰、菌株、其他…：

<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><檢體類別>代碼轉換

現在住址：<電子通報單><傳染病通報單><個案資料><居住地址> (院方 HIS 病歷資料)

備註：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗資料><備註>文字

採檢人：<電子通報單><檢驗送驗單><送驗單位><送驗人員>文字