

人口密集機構/場所批次通報單

附件二

108年12月23日修訂

| | | |
|---|-----|-------|
| 機構/場所名稱： | | |
| 通報人姓名： | 職稱： | 聯絡電話： |
| 通報時間：____年____月____日____時____分（請以0-23時表示） | | |
| 首案發生時間：____年____月____日____時____分（請以0-23時表示） | | |
| 符合通報條件個案人數：共____人 | | |

| | 通報條件 | 症狀 |
|----------|---|---|
| 通報 條件 | <input type="checkbox"/> E1:上呼吸道感染（ ）人次 | <input type="checkbox"/> 發燒（ ）人次 <input type="checkbox"/> 咳嗽（ ）人次 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛（ ）人次 <input type="checkbox"/> 呼吸急促（ ）人次 <input type="checkbox"/> 流鼻涕（ ）人次 |
| | <input type="checkbox"/> E2:咳嗽持續三週（ ）人次 | <input type="checkbox"/> 咳嗽持續三週 |
| | <input type="checkbox"/> E3:類流感（ ）人次 | <input type="checkbox"/> 突然發燒（耳溫超過38°C）（ ）人次 <input type="checkbox"/> 呼吸道症狀（ ）人次 <input type="checkbox"/> 肌肉痠痛（ ）人次 <input type="checkbox"/> 頭痛（ ）人次 <input type="checkbox"/> 極度厭倦感（ ）人次 |
| | <input type="checkbox"/> E5:腹瀉（ ）人次 | <input type="checkbox"/> 每日腹瀉三次（含）以上（ ）人次 <input type="checkbox"/> 嘔吐（ ）人次 <input type="checkbox"/> 糞便帶有黏液或血絲（ ）人次 <input type="checkbox"/> 水瀉（ ）人次 |
| | <input type="checkbox"/> E6:不明原因發燒（ ）人次 | <input type="checkbox"/> 耳溫超過38°C（ ）人次 <input type="checkbox"/> 慢性病患或長期臥床者耳溫超過37.5°C（ ）人次 |
| | <input type="checkbox"/> E7:疥瘡（ ）人次 | <input type="checkbox"/> 出現斑丘疹與(或)會癢的疹子，且醫師診斷（ ）人次 <input type="checkbox"/> 出現斑丘疹與(或)會癢的疹子，且實驗檢查確認（ ）人次 <input type="checkbox"/> 出現斑丘疹與(或)會癢的疹子，且與實驗室檢查確認的疥瘡個案有流行病學相關（ ）人次 |
| | <input type="checkbox"/> D4:其他（ ）人次 | 症狀：_____（ ）人次 |

狀況描述：

就診醫院名稱：_____縣（市）_____醫院

就醫人數：_____人

住院人數：_____人

目前處理情形：

已通知轄區衛生局協助處理

其他(請說明)：

※ 本表為無法上網通報，遇有同時10人(含)以上符合通報條件時使用。

※ 填寫完成後請立即以傳真方式送至轄區衛生局指定收件窗口，由轄區衛生局立即轉報疾病管制署各區區管中心；並另須傳真通報機構/場所之所屬主管機關。