

症狀通報報告單 (請保護病人隱私權)

修訂日：113/02

一、群聚事件資料

通報單位資料	單位名稱		通報者姓名		通報者電話	
	單位地址	縣 鄉 鎮 村 街 段 弄 市 市區 里 路 巷 號 樓 之				
事件基本資料	群聚通報項目	<input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 不明原因發燒 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 腸病毒 <input type="checkbox"/> 水痘				
	衛生局收到日	____年____月____日	群聚場所名稱			
	群聚場所類型	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 人口密集機構 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 旅行團 <input type="checkbox"/> 營區 <input type="checkbox"/> 養殖場/屠宰場 <input type="checkbox"/> 餐飲旅宿場所 <input type="checkbox"/> 公司 <input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 安親班/補習班 <input type="checkbox"/> 觀光旅遊地區 <input type="checkbox"/> 船舶/軍艦 <input type="checkbox"/> 航空器				
	群聚場所地址	縣 鄉 鎮 村 街 段 弄 市 市區 里 路 巷 號 樓 之				
	群聚事件名稱					
	總調查人數		目前有症狀人數			
	*是否已通報為食品中毒事件	<input type="checkbox"/> 是，食品中毒調查速報單號_____ <input type="checkbox"/> 否				
通知單位資料	單位名稱		通知者電話			
	通知者姓名		通知者通知日期			

二、群聚事件之個案資料 (□事件名稱/編號: _____ 中有多個案，此為第____例個案資料如下)

個案基本資料	個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 第三性別	身分證字號/居留證號/護照號碼						
	出生日期	____年____月____日	聯絡電話	手機							
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同群聚場所地址 縣 鄉 鎮 村 街 段 弄 市 市區 里 路 巷 號 樓 之									
	發病日期	<input type="checkbox"/> 無發病日 <input type="checkbox"/> 有：____年____月____日			就醫日期	<input type="checkbox"/> 無就醫日 <input type="checkbox"/> 有：____年____月____日					
	身分類別	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 老師 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 清潔人員 <input type="checkbox"/> 行政人員 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 住院病患 <input type="checkbox"/> 陪病家屬 <input type="checkbox"/> 一般就醫民眾 <input type="checkbox"/> 嬰幼兒 <input type="checkbox"/> 廚工 <input type="checkbox"/> 非廚工之餐飲旅宿業工作人員 <input type="checkbox"/> 導遊/領隊 <input type="checkbox"/> 旅行團團員 <input type="checkbox"/> 司機 <input type="checkbox"/> 入境旅客 <input type="checkbox"/> 軍人 <input type="checkbox"/> 收容人 <input type="checkbox"/> 法警或戒護人員 <input type="checkbox"/> 禽畜業者/屠宰場業者/獸醫 <input type="checkbox"/> 外籍勞工 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)									
	有無症狀	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____									
	*個案狀況與補充資料	是否具類流感症狀	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			是否使用流感抗病毒藥劑	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
當季是否已接種流感疫苗		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			流感快篩結果	<input type="checkbox"/> A型陽性 <input type="checkbox"/> B型陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未檢驗 <input type="checkbox"/> A型陽性且B型陽性					
COVID-19 抗原快篩結果		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未檢驗									

備註：
 1. 衛生局(所)接獲通知，應儘速進行初判調查，如具人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞時，應進行通報。
 2. *如通報「腹瀉」群聚，始需填寫「是否已通報為食品中毒事件」欄位填寫；如通報「上呼吸道感染群聚」，始需填寫「個案狀況維護與補充資料」欄位。