

人口密集機構/場所傳染病監視作業個案立即通報單

通報機構/場所資料											
機構名稱		機構代碼		通報日期				通報人姓名			
聯絡電話 ()		通報日期		年 月 日				職稱			
個案基本資料											
姓名	身分證字號	性別	出生日期	身分類別	入住日期	發病日期	是否 Covid-19 檢驗陽性	是否接種 Covid-19 疫苗	是否就醫	是否隔離	通報條件 (註)
				<input type="checkbox"/> 住民/收容人 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他 () 房號: 床號: 工廠/組別(收容人):			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 調查中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 調查中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F (請說明) _____
				<input type="checkbox"/> 住民/收容人 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他 () 房號: 床號: 工廠/組別(收容人):			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 調查中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 調查中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F (請說明) _____
				<input type="checkbox"/> 住民/收容人 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他 () 房號: 床號: 工廠/組別(收容人):			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 調查中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 調查中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F (請說明) _____

註：通報條件：

<p>A：上呼吸道感染，個案出現發燒、咳嗽、喉嚨痛、呼吸急促、流鼻涕或類流感等至少兩項症狀；倘已經醫師診斷非感染症引起者，不須通報。</p> <p>◆ 類流感症狀：需同時符合下列三項條件：</p> <p>1.突然發病、有發燒（耳溫$\geq 38^{\circ}\text{C}$）及呼吸道症狀。</p> <p>2.具有肌肉酸痛或頭痛或極度倦怠感。</p> <p>3.需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎與支氣管炎。</p>	<p>B：咳嗽持續三週，倘已先經診斷有確切病因如患有慢性肺疾、感冒、服用藥物等所造成，則不須通報。</p> <p>D：不明原因發燒，耳溫量測超過 38°C 者，若為慢性病患或長期臥床者，則指耳溫量測超過 37.5°C 者</p>	<p>C：每日腹瀉三次（含）以上，合併嘔吐、糞便帶有黏液或血絲、水瀉任何一項或多項症狀</p> <p>E：疥瘡，個案有斑丘疹與（或）有會癢的疹子，且至少符合以下任一項</p> <p>（一）醫師診斷為疥瘡</p> <p>（二）實驗室檢查確認</p> <p>（三）與實驗室檢查確認的疥瘡個案有流行病學相關</p>	<p>F：其他，人員未完全符合上述任一項通報條件，惟因疑似傳染病發生且有擴散之虞時，以加註疾病或症狀說明方式進行通報</p>
--	--	--	---

◎ 本表為無法上網通報時使用，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，並另須傳真通報機構/場所之所屬主管機關。