調查日期:	年_	月_	日
調查人/單位:			_

兒童急性嚴重不明原因肝炎疫調單

- 、	基本資料							
	法傳編號:				通報日期: (西元)	年	月	日
	姓名:				性別:□男 □女			
	出生日期: (西元)	年	月	日	國籍:□本國籍 □其他:			
	發病日期: (西元)	年	月	日				
	就讀學校:				□未就學			
	是否為新住民之子女?	□否	□是		父母國籍:			

二、 症狀

請問孩子是否有下列症狀?症狀開始日期?

症狀		開始日期		症狀		開始日期	
發燒	□無 □有	月	日	鞏膜黃	□無 □有	月	日
食慾下降	□無 □有	月	日	黄疸	□無 □有	月	日
倦怠	□無 □有	月	日	噁心	□無 □有	月	日
流鼻水	□無 □有	月	日	嘔吐	□無 □有	月	日
喉嚨痛	□無 □有	月	日	腹瀉	□無 □有	月	日
結膜炎	□無 □有	月	日	腹痛	□無 □有	月	日
呼吸喘	□無 □有	月	日	尿色變深	□無 □有	月	日
哮喘	□無 □有	月	日	便色變淺	□無 □有	月	日
咳嗽	□無 □有	月	日	癲癇	□無 □有	月	日
關節痛	□無 □有	月	日	嗜睡	□無 □有	月	日
肌肉痛	□無 □有	月	日	其他:		月	日

= \	COVID-	-19	桕	關症	4
	CO ID	-1/	70	1977 1775	x

上學(實體課程)

家人生病

國內旅遊

國外旅遊

動物接觸

□無 □有

□無 □有

□無 □有

□無 □有

□無 □有

若有實體課程,學校或班級是否有群聚?□無 □有,備註:

	1·請問孩子發病前 3 個月內是否曾經有 COVID-19 相關症狀?								
	□無 □有,發病日:								
	2・請問當時是否曾檢驗陽性?								
	□無 □有,採檢日:								
	檢驗結果:□陰性 □陽性								
	檢驗地點:□自行採檢(家用快篩)□醫院/診所名稱:								
四、	四、暴露史								
	請問孩子發病前2个	固月內是否曾經有下列	1暴露?						
	疫苗接種	□無 □有	月	日	疫苗名稱:				
	使用退燒藥	□無 □有	月	日	藥物名稱:				
	使用阿斯匹靈	□無 □有	月	日	廠牌名稱:				
	使用依普芬	□無 □有	月	日	廠牌名稱:				
	使用抗生素	□無 □有	月	日	藥物名稱:				
	使用中草藥	□無 □有	月	日	藥物名稱:				
	使用其他藥物1	□無 □有	月	日	藥物名稱:				
	使用其他藥物2	□無 □有	月	日	藥物名稱:				
	使用其他藥物3	□無 □有	月	日	藥物名稱:				

學校名稱:

備註:

地點:

地點:

動物名稱:

日

日

日

日

日

月

月

月

月

月