



中華民國衛生福利部疾病管制署
傳染病防制調查表

修訂日期：112.06.20

基本資料			
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
護照號碼/ 身分證號		國籍	
出生日期	西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	入境日期	西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日
電子信箱		行動電話	
聯絡人		在臺聯絡電話	
在臺聯絡/ 居住地址	縣 _____ 鄉鎮 _____ 村 _____ 鄰 _____ 路 _____ 街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
症狀 (最近 14 日內)			
檢疫站量測體溫：第一次：_____°C；第二次：_____°C			
發病日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日，發病國家或地區：_____			
旅遊期間出現之症狀：			
<input type="checkbox"/> 發燒 (____°C) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 骨頭肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 皮膚出疹 <input type="checkbox"/> 週期性忽冷忽熱 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 咳嗽/痰 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 嘔吐 (每天：____次) <input type="checkbox"/> 腹瀉 (每天____次) 【有前二其一症狀者，五天內吃過可疑食物：_____】 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 嗅/味覺異常 <input type="checkbox"/> 四肢無力 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
症狀是否持續： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
境外就醫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，診斷結果：_____			
是否服藥： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，種類：_____，最後服藥時間：_____			
旅遊史 (最近 14 日內)			
航班/船名：		登機/船日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
國家及地區：_____		停留期間：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日至西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
國家及地區：_____		停留期間：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日至西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
旅遊型態： <input type="checkbox"/> 自助旅遊 <input type="checkbox"/> 旅行團 <input type="checkbox"/> 探親 <input type="checkbox"/> 來臺工作/移工 <input type="checkbox"/> 商務 <input type="checkbox"/> 船務 <input type="checkbox"/> 長期居住 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
旅行社/船務代理公司：_____		聯絡電話：_____	
領隊/導遊/代理行：_____		聯絡電話：_____ 電子郵件：_____	
附件： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 旅客名單、 <input type="checkbox"/> 行/航程表、 <input type="checkbox"/> 其他 _____)，全團/船人數：_____人			

1. 為防杜境外移入傳染病，入境旅客請確實填報此表，保障您及家人健康。
2. 依傳染病防治法第 58 條第 1 項及第 3 項規定，入、出國(境)人員應詳實申報上述資訊。填寫不實者，依同法第 69 條規定，處新臺幣 10,000 元以上 150,000 元以下罰鍰。

以上資訊為旅客本人確認/提供，旅客簽名：_____

檢疫人員進階評估

通報方式

檢疫站： 民眾主動通報 旅行社 航空公司 其他：_____，聯絡電話：_____

接觸史及疫苗史

昆蟲叮咬： 無 有， 蚊 其他_____

接觸禽鳥： 無 有，地點： 鳥園 公園 市場 其他_____

動物抓咬傷： 無 有（請另填動物抓咬傷報告單）

曾接觸傳染病個案： 無 有，接觸時間：_____，地點：_____

疫苗接種史	流感疫苗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不詳	MMR： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不詳	其他：_____
-------	---	--	----------

檢疫措施

1. 填寫傳染病防制調查表，並提供口罩及相關衛教資料：

蟲媒（ 提供防蚊液） 腸胃道 呼吸道（ 提供酒精性乾洗手液） 動物抓咬傷就醫流程 MERS 相關通知書 其他_____

2. 開立健康管理敬告單，開立原因如下：

請個案於入境後 24 小時內就醫，原因：

自訴其特殊因素拒絕採檢（如：自訴凝血不良、年幼血管細小不易採檢等），且經檢疫人員或醫師評估同意者。

因國際特殊疫情，自流行地區入境且符合流行病學。（例：登革熱、新型 A 型流感、MERS-CoV 等）

現場檢疫人員或醫師評估，旅客應於入境後儘速就醫者。

其他_____

需採檢以確認傳染病種類，請配合採取以下檢體：

血清 全血，barcode _____ 其他檢體 _____，barcode _____

綜合檢驗結果告知方式： 紙本郵寄 E-mail 其他_____

NSI 結果： 陰性 陽性

NSI 告知方式： 現場告知 電話 簡訊 E-mail

需後送醫院或特定場所檢查及醫療處置：

醫院名稱：_____ 聯絡電話：_____

護送單位：_____ 聯絡電話：_____ 護送人：_____

通知後送醫院所在地衛生局：通知時間 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

_____ 衛生局，聯絡人：_____ 聯絡電話：_____

3. 事件管理：

無

團體疫情事件

走私禽鳥事件

公衛事件

檢疫人員

審核

主管核章



Centers for Disease Control, Taiwan, R.O.C. Communicable Disease Survey Form

Modified Date:2023.06.20

General Information			
Name		Gender	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Passport No.		Nationality	
Date of Birth	(MM/DD/YYYY)	Arrival Date	(MM/DD/YYYY)
Email		Cell Phone No.	
Contact Person in Taiwan		Phone No. in Taiwan	
Residential Address or Hotel Name & Address in Taiwan			
Symptom (During the past 14 days)			
Body temperature as measured at Quarantine Station: Initial: _____ °C Re-checked: _____ °C			
Date of symptom onset: _____ (MM/DD/YYYY) Country or area: _____			
Clinical symptoms or signs during travel:			
<input type="checkbox"/> Fever (_____ °C) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Myalgia/bone pain <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Skin rash <input type="checkbox"/> Intermittent fever and chills			
<input type="checkbox"/> Cough with/without sputum <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Runny nose (rhinorrhea) <input type="checkbox"/> Stuffy nose			
<input type="checkbox"/> Vomiting (_____ times/day) <input type="checkbox"/> Diarrhea (_____ times/day) (Individuals with at least one of the two symptoms should report suspected contaminated foods consumed within recent 5 days: _____)			
<input type="checkbox"/> Shortness of breath <input type="checkbox"/> Loss of smell or taste <input type="checkbox"/> Limb weakness <input type="checkbox"/> Others _____			
Symptoms still persist? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
Have you consulted any doctor before arriving in Taiwan? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Diagnoses: _____			
Are you taking prescription or non-prescription medication (over-the-counter medications) ?			
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Types of medication: _____ ; Last time taken (date): _____ (MM/DD/YYYY)			
Travel History (During the past 14 days)			
Flight number./Vessel Name:		Boarding Date: _____ (MM/DD/YYYY)	
Country & Area : _____		Period of stay: From: _____ (MM/DD/YYYY) to _____ (MM/DD/YYYY)	
Country & Area : _____		Period of stay: From: _____ (MM/DD/YYYY) to _____ (MM/DD/YYYY)	
Arrangements for current trip: <input type="checkbox"/> Self-arranged <input type="checkbox"/> Through travel agency <input type="checkbox"/> Visiting relatives <input type="checkbox"/> Employee/migrant worker			
<input type="checkbox"/> Business trip <input type="checkbox"/> Shipping <input type="checkbox"/> Long-term stay <input type="checkbox"/> Others _____			
Travel agency/Shipping agency: _____		Phone Number: _____	
Tour leader/Tour guide/Shipping agent: _____		Phone Number: _____	E-mail: _____
Attachment: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (<input type="checkbox"/> Manifest, <input type="checkbox"/> Itinerary/voyage, <input type="checkbox"/> Others) Number of passengers on board: _____			

- To prevent the importation of communicable diseases and ensure your health and the health of your family, please fill out this form accordingly.
- I hereby declare that the information provided in this form is true and correct to the best of my knowledge. Anyone who falsifies answers will be fined NT\$10,000-150,000 according to Article 58, Paragraph 1 and 3, and Article 69 of the Communicable Disease Control Act.

I hereby declare that the information provided in this form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature: _____

檢疫人員進階評估

通報方式

檢疫站：_____ 民眾主動通報 旅行社 航空公司 其他：_____，聯絡電話：_____

接觸史及疫苗史

昆蟲叮咬： 無 有， 蚊 其他_____

接觸禽鳥： 無 有，地點： 鳥園 公園 市場 其他_____

動物抓咬傷： 無 有（請另填動物抓咬傷報告單）

曾接觸傳染病個案： 無 有，接觸時間：_____，地點：_____

疫苗接種史	流感疫苗： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不詳	MMR： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不詳	其他：_____
-------	---	--	----------

檢疫措施

1. 填寫傳染病防制調查表，並提供口罩及相關衛教資料：

蟲媒（ 提供防蚊液） 腸胃道 呼吸道（ 提供酒精性乾洗手液） 動物抓咬傷就醫流程 MERS 相關通知書 其他_____

2. 開立健康管理敬告單，開立原因如下：

請個案於入境後 24 小時內就醫，原因：

自訴其特殊因素拒絕採檢(如:自訴凝血不良、年幼血管細小不易採檢等)，且經檢疫人員或醫師評估同意者。

因國際特殊疫情，自流行地區入境且符合流行病學。(例：登革熱、新型 A 型流感、MERS-CoV 等)

現場檢疫人員或醫師評估，旅客應於入境後儘速就醫者。

其他_____

需採檢以確認傳染病種類，請配合採取以下檢體：

血清 全血，barcode _____ 其他檢體 _____，barcode _____

綜合檢驗結果告知方式： 紙本郵寄 E-mail 其他_____

NSI 結果： 陰性 陽性

NSI 告知方式： 現場告知 電話 簡訊 E-mail

需後送醫院或特定場所檢查及醫療處置：

醫院名稱：_____ 聯絡電話：_____

護送單位：_____ 聯絡電話：_____ 護送人：_____

通知後送醫院所在地衛生局：通知時間 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

_____ 衛生局，聯絡人：_____ 聯絡電話：_____

3. 事件管理：

無

團體疫情事件

走私禽鳥事件

公衛事件

檢疫人員

審核

主管核章