



中華民國衛生福利部疾病管制署  
傳染病防制調查表

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 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 市 _____ 市區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 街 _____		
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"/> 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： 無  有  不詳 MMR： 無  有  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  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

需後送就醫：

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：\_\_\_\_\_

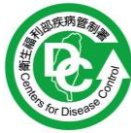
後送就醫時，遇旅客拒不配合時，開立提審權利告知書

### 3. 事件管理：

團體疫情事件

走私禽鳥事件

公衛緊急事件



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

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			
Symptoms ( During the past 14 days )			
Body temperature measured at Quarantine Station: Initial: _____ °C Re-checked: _____ °C			
Date of symptom onset: _____ (MM/DD/YYYY) Country or area: _____			
<b>Clinical symptoms or signs during travel:</b>			
<input type="checkbox"/> Fever ( _____ °C) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Myalgia/bone pain <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Skin rash <input type="checkbox"/> Intermittent fever and chills <input type="checkbox"/> Jaundice			
<input type="checkbox"/> Cough <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"/> 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 any prescription or non-prescription medication (over-the-counter medications) ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
Names 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)	
<b>Arrangements for current trip:</b> <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 industry related <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: _____			

1. To prevent importation of communicable diseases and ensure your health and the health of your family, please fill out this form according to the facts.
2. 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.

Traveler 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： 無  有  不詳 MMR： 無  有  不詳 其他：\_\_\_\_\_

## 檢疫措施

### 4. 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  動物抓咬傷就醫流程  MERS 相關通知書  其他 \_\_\_\_\_

### 5. 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

需後送就醫：

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：\_\_\_\_\_

後送就醫時，遇旅客拒不配合時，開立提審權利告知書

### 6. 事件管理：

團體疫情事件

走私禽鳥事件

公衛緊急事件