

## 人口密集機構/場所每週資料確認單

機構/場所基本資料			
通報時間	年 月 日	通報人	
通報機構代碼		聯絡電話	
通報機構名稱			
通報資料日期區間	年 月 日 (星期__) ~ 年 月 日 (星期__)		
通報資料確認			
	住民/收容人員	工作人員	其他人員
監視人數			
個案通報總人數			
上呼吸道感染 ( )人			
咳嗽持續三週 ( )人			
每日腹瀉三次 (含)以上 ( )人			
不明原因發燒 ( )人			
疥瘡 ( )人			
其他( )人			

- ◎ 本表為無法上網通報時使用，請於每週二中午前確認通報資料。
- ◎ 填寫完成後請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。