

f006_體液類_v3_C 肝

1. 發病前 6 個月期間是否有以下暴露史？(可複選)

接受輸血或血液製品

捐血

接受外科手術

接受牙科處置

接受洗腎

接受移植

其他接受點滴或注射，地點：(可複選)

醫院

照護機構

診所

藥局

其他：說明

自行靜脈注射藥物

因職業意外遭針扎、器械傷害、傷口或黏膜曾接觸他人血液如有，職業別：

受僱於醫療或牙科單位

擔任公共安全工作（消防員、執法人員或矯正機關人員）

其他：說明

非因職業意外遭針扎、器械傷害、傷口或黏膜曾接觸他人血液

共用針頭或稀釋液

針灸、放血

身體穿刺(如耳洞、鼻環等)或刺青

未全程完整使用保險套之性行為如有，對象：(可複選)

男性，人數(人)：

女性，人數(人)：

性工作者，人數(人)：

與他人共用刮鬍刀或牙刷

其他，說明

2. 家人或同住者中是否有急性或慢性 C 型肝炎帶原者 是 否
其身分為何？（可複選）

母親

父親

兄弟姊妹

配偶

性伴侶

其他人，接觸方式

3. 個案潛伏期內與個案有性行為或血體液接觸之接觸者？

無(會清除下方答案) 有(請填下表)

姓名	與個案關係	是否同住	是否為帶原者
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 家人，說明 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 朋友、 <input type="checkbox"/> 同學、 <input type="checkbox"/> 同事、 <input type="checkbox"/> 性伴侶 <input type="checkbox"/> 其他，說明 <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是，急性(或慢性)C型 肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 不知道
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 家人，說明 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 朋友、 <input type="checkbox"/> 同學、 <input type="checkbox"/> 同事、 <input type="checkbox"/> 性伴侶 <input type="checkbox"/> 其他，說明 <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是，急性(或慢性)C型 肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 不知道
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 家人，說明 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 朋友、 <input type="checkbox"/> 同學、 <input type="checkbox"/> 同事、 <input type="checkbox"/> 性伴侶 <input type="checkbox"/> 其他，說明 <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是，急性(或慢性)C型 肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 不知道

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 家人，說明 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 朋友、 <input type="checkbox"/> 同學、 <input type="checkbox"/> 同事、 <input type="checkbox"/> 性伴侶 <input type="checkbox"/> 其他，說明 <input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input checked="" type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，急性(或慢性)C型肝炎 <input type="radio"/> 不知道
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 家人，說明 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 朋友、 <input type="checkbox"/> 同學、 <input type="checkbox"/> 同事、 <input type="checkbox"/> 性伴侶 <input type="checkbox"/> 其他，說明 <input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input checked="" type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是，急性(或慢性)C型肝炎 <input type="radio"/> 不知道

4.

此次感染前，是否曾得過以下各型病毒性肝炎？(可複選)

否(會清除所有答案)

是

A 型肝炎

B 型肝炎

C 型肝炎

D 型肝炎

E 型肝炎

不知道(會清除所有答案)

5.

此次感染前，是否曾得過以下性病？

否(會清除下方答案)

是

梅毒

淋病

尖性濕疣(菜花)

披衣菌

生殖器疱疹

愛滋病毒感染

其他，說明

6. 職業及身分別(可複選)

學生

教保/托育人員

現役軍人

廚師

餐飲從業人員

飯店/旅館業之員工

溫泉/SPA/泳池/三溫暖之員工

農業

漁業

伐木業

營造業

畜牧業(含牛、羊、豬)

屠宰業

禽畜相關從業人員

獸醫師

- 實驗室工作人員
 看護人員
 養老院/養護中心之員工
 救護人員
 醫事人員
- 醫護人員
 醫療廢棄物清潔人員
 性工作者
 水塔/水池清潔人員
 職業駕駛
- 新住民之子女，父母國籍
 其他，說

為

明

7. 體液類備註 (非必填)
