疑似食媒性傳染病群聚事件個案監視表

附件2

班級	姓名	身分證字號	性別	出生日期	發病日	發病時間	發燒	腹痛	腹瀉	腹瀉次數/天	嘔吐	嘔吐次數/天	噁心	其他	就醫日期	就醫醫院診所名稱	備註

＊症狀必需詢問欄位:腹瀉(含次數)、噁心、嘔吐，如未填寫表示"無"

＊發病日必填

＊表格不敷使用請自行影印

＊若有問題請與衛生局疾病管制科連絡，聯絡電話:04-7115141分機5100-5103，傳真電話:04-7115748