

彰化縣衛生局(疑似)食媒性傳染病群聚事件個案訪查表

填表日期：_____年_____月_____日

一、受訪人姓名：_____ 性別：男 女 出生年月日：_____年_____月_____日

聯絡電話：_____ 身分證字號：_____

(若為學校學生，請填寫班級：_____年_____班)

二、最近一星期是否有感冒：是：自己 家人 _____；否

三、症狀

腸胃症狀：噁心 嘔吐(____次/天) 上腹痛(胃痛) 下腹痛

腹瀉：水瀉(____次/天) 糊便(____次/天)

過敏症狀：發疹 發癢 面潮紅

其他症狀：發燒 頭痛 頭暈 麻痺 複視 吞嚥困難

呼吸困難 眼皮下垂 說話困難 其他 _____

四、症狀開始發生時間：_____年_____月_____日_____時_____分

五、症狀發生前進食情形 (包括用餐時間及食用食品)

第0餐(____年__月__日__時__分)	第1餐(____年__月__日__時__分)	第2餐(____年__月__日__時__分)
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃

(提 供 進 食 食 品 名 稱)

六、認為可疑食物：

七、是否就醫：是 否 就醫時間：_____年_____月_____日_____時_____分

就醫院所名稱：_____，醫生告知診斷結果：_____

八、是否住院：是 (已出院 留院觀察) 否