

疑似食品中毒事件個案訪問表(學校)

編號：健 號
編號：班級 號

班級：____ 座號：____ 填表日期：__年__月__日__時__分

一、個案姓名：_____ 性別：男 女 年齡：_____

二、發病時間：__月__日__時__分；發病地點：學校 其他：_____

三、症狀：噁心 嘔吐 上腹痛 下腹痛
腹瀉 發燒 喉嚨痛 寒顫
臉部潮紅 發癢 發疹 頭痛
神經症狀 (麻痺 暈眩 視力模糊 呼吸困難 講話困難
口乾 顏面神經麻痺 肌肉無力)
其他：_____ 無症狀

四、是否對食物過敏，如：_____

五、食用共同飲食前，是否已有患者出現腸胃道症狀：是 否

六、症狀發生前進食情形

	發病前 1 餐(今天中午團膳) (__月__日__時__分)	發病前 2 餐(今天早餐) (__月__日__時__分)	發病前 3 餐(昨天晚餐) (__月__日__時__分)
進 食 食 品 名 稱	<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

七、是否就醫：是 否 就醫時間：__月__日__時__分

就診醫院診所名稱：_____

八、是否住院：是 否

請儘速書面通報及電話確認

衛生局食品藥物管理科：

電話：1999 轉 7079、7089；傳真：2720-5321

假日及夜間聯絡：0937-069747

導師協助填報
12小時內

疑似食品中毒事件個案訪問表(學校)

編號：健 號
編號：班級 號

班級： 705 座號： 5 填表日期： 109年9月23日14時25分

一、個案姓名： 林大美 性別： 男 女 年齡： 14

填報範本

二、發病時間： 9月23日13時40分；發病地點： 學校 其他： _____

三、症狀：噁心 嘔吐 上腹痛 下腹痛
腹瀉 發燒 喉嚨痛 寒顫
臉部潮紅 發癢 發疹 頭痛
神經症狀 (麻痺 暈眩 視力模糊 呼吸困難 講話困難
口乾 顏面神經麻痺 肌肉無力等)
其他： _____ 無症狀

寫。
助學生填
發給或協

四、是否對食物過敏，如： 無

五、食用共同飲食前，是否已有患者出現腸胃道症狀：是 否

六、症狀發生前進食情形

	發病前1餐(今天中午團膳) (<u>9月23日12時15分</u>)	發病前2餐(今天早餐) (<u>9月23日07時20分</u>)	發病前3餐(昨天晚餐) (<u>9月22日18時40分</u>)
進 食 品 名 稱	有機白飯 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	蛋餅 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	豬 排 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	洋蔥豬排 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	豆漿 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	酥皮濃湯 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	玉米雞球 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	紅茶 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	彩蔬四季 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	小 麵 包 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	有機青菜 <input type="checkbox"/> 有吃 <input checked="" type="checkbox"/> 沒吃	學生自己寫 <input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	綠花椰菜 <input type="checkbox"/> 有吃 <input checked="" type="checkbox"/> 沒吃
	大 瓜 湯 <input checked="" 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
當日團膳菜單 學生自己寫 <input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	學生自己寫 <input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	

是 否 就醫時間： 9月23日14時15分

就診醫院診所名稱： 忠孝醫院

八、是否住院：是 否

請儘速書面通報及電話確認

衛生局食品藥物管理科：

電話：1999轉7079、7089；傳真：2720-5321

假日及夜間聯絡：0937-06974