

臺南市高級中等以下學校發生疑似食品中毒事件速報單

| | |
|--------|---|
| 通報日期時間 | ____年____月____日____時____分 |
| 學校資料 | 校名：臺南市____區____學校 聯絡電話（二線以上）：____ 傳真電話：____ 通報人：____ 職稱：____ 手機：____ |
| 進食時間 | ____年____月____日____時____分 |
| 發病時間 | ____年____月____日____時____分 至 ____時____分 |
| 基本概況 | 攝食人數：學生____人，教職員工：____人 疑似中毒人數：學生____人，教職員工：____人 就醫人數：學生____人，教職員工：____人 就醫地點：_____ |
| 供餐種類 | <input type="checkbox"/> 自辦廚房 <input type="checkbox"/> 受____（學校）供應 <input type="checkbox"/> 委外供應 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 當日午餐菜單 | 主食：_____ 副食：_____ 湯或水果：_____ 其他：_____ |
| 主要症狀 | <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏反應(<input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 發癢 <input type="checkbox"/> 發疹等) <input type="checkbox"/> 神經症狀 (<input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 暈眩等) <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____） |
| 其他 | 因應替代措施： |
| 聯絡單位 | 請於傳真本紀錄同時，並以電話進行聯絡 衛生局食品藥物管理科：電話：(06) 260-4140 傳真：(06) 268-2964 公務手機：0937-306127 教育局學輔校安科：電話：(06) 635-6638 傳真：(06) 635-0758 科長專線：0972-001203 |

單位主管：_____ (核章)

備註：發生疑似校園食品中毒事件時，請於 30 分鐘內填報此速報單並完成傳真。