

# 臺南市〈機關全銜〉學校發生疑似食品中毒學生名冊(參考範例)

附件 6

號次	班級	姓名	性別	出生年月日 (或年齡)	家 長 聯絡電話	發病時間 (日期/ 時間)	症狀						就醫情形	備註
							噁心	嘔吐	腹痛	腹瀉	發燒	過敏反應		
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，醫院名稱： _____	

備註：

1、請於 24 小時內提供疑似食品(物)中毒學生名冊予本市衛生局疾病管制科，俾利衛生單位進行疫調分析作業。

2、聯絡單位：臺南市政府衛生局疾病管制科 聯絡電話：(06)267-9751#369 傳真：(06)267-4819 e-mail：dc12@tncghb.gov.tw

通報人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_ 通報日期、時間：\_\_\_\_\_