

## B-12.2-2 食品中毒案件個案訪問表（校園）

班級：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_年\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

一、個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 年齡：\_\_\_\_\_

二、症狀開始發生時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

三、症狀：(可複選)

拉肚子、嘔吐

發癢、發疹、其他 \_\_\_\_\_

四、食用共同飲食前，是否已有患者出現腸胃道症狀：

是、否

五、症狀發生前進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	第 0 餐（__月__日__時__分）	第 1 餐（__月__日__時__分）	第 2 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

六、是否就醫：是 否 就醫時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

就診醫院診所名稱：\_\_\_\_\_

七、是否住院：是 否

## 食品中毒案件個案訪問表（校園）

班級： ○ 年 ○ 班      填表日期： 109 年 5 月 7 日 19 時 00 分

一、個案姓名： 石○品      性別：  男  女      年齡： 10

二、症狀開始發生時間： 5 月 7 日 14 時 30 分

三、症狀：(可複選)

拉肚子、  嘔吐

發癢、  發疹、  其他 \_\_\_\_\_

四、食用共同飲食前，是否已有患者出現腸胃道症狀：

是、  否

五、症狀發生前進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	第 0 餐 (5月7日 12時 00分)	第 1 餐 (5月7日 10時 00分)	第 2 餐 (5月7日 7時 30分)
進 食 食 品 名 稱	白飯 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	肉鬆麵包 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	豆漿 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	豬排 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	蛋餅 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	炒青菜 <input type="checkbox"/> 有吃 <input checked="" type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	玉米湯 <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
	香蕉 <input type="checkbox"/> 有吃 <input checked="" 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

六、是否就醫：  是  否      就醫時間： 5 月 7 日 15 時 30 分

就診醫院診所名稱： 健康醫院

七、是否住院：  是  否