

附件8.14.

### 疑似食品中毒事件個案訪問表(學校)

班級：\_\_\_\_\_ 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 肌肉無力等) 其他：\_\_\_\_\_

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 (__月__日__時__分)	發病前2餐 (__月__日__時__分)	發病前3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：否 是 就醫時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

就診醫院診所名稱：

八、是否住院：否 是 九、受訪對象：本人 家長 老師

十、未攝食相同食物同住家人是否有發病症狀？

#### 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7105、7079、7089；傳真：2720-5321

假日及夜間聯絡：0937-069747