

人口密集機構/場所傳染病監視作業個案立即通報單

通報機構/場所資料

名稱		通報日期	年	月	日	通報人姓名	
聯絡電話	()	地址				職稱	

個案基本資料

姓名	身分證字號	性別	出生年月日	身分類別	入院日期 (年/月/日)	發病日期 (年/月/日)	已就醫	已隔離	已採檢	通報條件(註)	二週內曾出國
				<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他 () 建築物名稱： 房號： 床號： 工作單位與地點：			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※醫院： ※診斷：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 採檢日期： _____	<input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E5 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> E6 <input type="checkbox"/> E3 <input checked="" type="checkbox"/> E7 <input type="checkbox"/> D4 (請說明) _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※國家：
				<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他 () 建築物名稱： 房號： 床號： 工作單位與地點：			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※醫院： ※診斷：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 採檢日期： _____	<input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E5 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> E6 <input type="checkbox"/> E3 <input checked="" type="checkbox"/> E7 <input type="checkbox"/> D4 (請說明) _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※國家：
				<input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他 () 建築物名稱： 房號： 床號： 工作單位與地點：			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※醫院： ※診斷：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 採檢日期： _____	<input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E5 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> E6 <input type="checkbox"/> E3 <input checked="" type="checkbox"/> E7 <input type="checkbox"/> D4 (請說明) _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ※國家：

註：通報條件：

E1：上呼吸道感染，個案出現發燒、咳嗽、喉嚨痛、呼吸急促、流鼻涕等至少兩項症狀	E2：咳嗽持續三週，倘已先經診斷有確切病因如患有慢性肺疾、感冒、服用藥物等所造成，則不須通報	E3：類流感，且同時符合下列二項條件，1.突然發燒（耳溫超過 38℃）及呼吸道症狀；2.具有肌肉痠痛、頭痛或極度厭倦感其中一種症狀	D4：其他，人員未完全符合上述任一項通報條件，惟因疑似傳染病發生且有擴散之虞時，以加註疾病或症狀說明方式進行通報
E5：每日腹瀉三次（含）以上，合併嘔吐、糞便帶有黏液或血絲、水瀉任何一項或多項症狀	E6：不明原因發燒，耳溫量測超過 38℃者，若為慢性病患或長期臥床者，則指耳溫量測超過 37.5℃者	E7：疥瘡，有斑丘疹與（或）有會癢的疹子；且至少符合以下任一項：1.醫師診斷為疥瘡；或 2.實驗室檢查確認；或 3.與實驗室檢查確認的疥瘡個案有流行病學相關	

◎ 本表為無法上網通報時使用，如遇有同時 10 人(含)以上符合通報條件，請改填寫「人口密集機構/場所批次通報單」(附件二)。

◎ 填寫完成後請立即以傳真方式送至轄區衛生局指定收件窗口，並另須傳真通報機構/場所之所屬主管機關。