



前鎮高中校園食品中毒事件通報表

(附件一)

- 一、 通報時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分
- 二、 通報單位名稱、地址：\_\_\_\_\_
- 三、 通報單位聯絡人姓名、電話：\_\_\_\_\_
- 四、 共同攝食的時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分
- 五、 攝食總人數：\_\_\_\_\_疑似中毒人數：\_\_\_\_\_就醫人數：\_\_\_\_\_
- 六、 發病時間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分起
- 七、 發病地點：\_\_\_\_\_
- 八、 主要症狀：嘔吐頭暈腹瀉腹痛其他：\_\_\_\_\_
- 九、 食品供應商名稱、地址：\_\_\_\_\_
- 十、 攝食內容(菜單)：\_\_\_\_\_

十一、事件簡述：

護理師：

衛生組長：

學務主任：

校長：

# 前鎮高中疑似食品中毒學生名冊

(附件二)

通報學校名稱：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_ 通報人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 通報日期、時間\_\_\_\_\_

| 編號 | 姓名 | 性別 | 年齡 | 班級 | 聯絡電話 | 攝食時間<br><small>(日期/時間)</small> | 發病時間<br><small>(日期/時間)</small> | 症狀 |    |    |    |    | 就醫情形 |  | 供應商 (同時請附菜單) |  |
|----|----|----|----|----|------|--------------------------------|--------------------------------|----|----|----|----|----|------|--|--------------|--|
|    |    |    |    |    |      |                                |                                | 噁心 | 嘔吐 | 腹痛 | 腹瀉 | 其他 |      |  |              |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |
|    |    |    |    |    |      |                                |                                |    |    |    |    |    | 就醫   | 有 <input type="checkbox"/><br>無 <input type="checkbox"/> | 就醫處：         |  |

註一：患者症狀及就醫有無請以「V」表示      註二：通報時需同時聯絡教育局、衛生局      註三：攝食時間及發病時間請填寫日期及時間 (例：0216/1530)

- 教育局聯絡單位-體育及衛生保健科 電話(07)337-3125 衛生局聯絡單位-食品衛生科 電話 07-7334872