

附表二

敏惠醫護管理專科學校 校園疑似食物中毒案件個案訪問表

一、基本資料

班級： 填表日期：____年____月____日____時____分

姓名： 性別：☐男、☐女 年齡：

二、症狀開始發生時間：____年____月____日____時____分

三、症狀（可複選）

- ☐發燒 ☐咳嗽 ☐流鼻水 ☐頭痛 ☐眩暈
☐噁心 ☐嘔吐 ☐腹絞痛 ☐腹瀉
☐面潮紅 ☐發癢 ☐發疹 ☐複視 ☐眼皮下垂 ☐麻痺
☐說話困難 ☐呼吸困難 ☐吞嚥困難
☐其他（請列出）

四、症狀發生前 12 小時進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	____月____日____時____分	____月____日____時____分	____月____日____時____分
餐 飲 食 品 名 稱			

五、是否就醫：☐是、☐否 就醫時間：____月____日____時____分

就診醫院診所名稱：

六、是否用藥：☐是、☐否

七、是否住院：☐是、☐否