

## 食品中毒案件個案訪問表(大專校院)

系所、年級： \_\_\_\_\_ 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)

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	<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

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