

學校疑似傳染病群聚速報單

通報學校：

通報人姓名：

職稱：

聯絡電話：

通報時間：____年____月____日____時____分（請以 0-23 時表示）

主要症狀：

發燒 咳嗽 腹瀉 嘔吐 紅疹 水疱 喉嚨痛 紅眼症

其他症狀（請註明）：

事件內容：

群聚事件共____人，其中最早發病個案的發病日期為____年____月____日

事件摘要（請描述於下）：

就診醫院名稱：

就醫人數：____人

住院人數：____人

未就醫：____人

目前處理情形：

已通知轄區衛生所前往處理

其他（請說明）

※ 本表適用於當學校有「人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞」時使用。

※ 填寫完成後，請傳真至本縣衛生局 FAX：2237925 及轄區衛生所 FAX：2646594

製表人：

衛生組長：

訓導主任：

校長：