

# 高雄市政府衛生局

## 公費流感抗病毒藥劑投藥通知書

(此通知書適用期限從 107/00/00 至 107/00/00 止)

貴家長您好：

因您子女\_\_\_\_\_同學就讀\_\_\_\_\_班，於近日班級內出現類流感群聚情形，經本局報備中央衛生福利部疾病管制署高屏區管中心防疫醫師裁示，發生類流感群聚班級針對有症狀(發病)學生，需配合投予公費流感抗病毒藥劑。另依照傳染病防治法第 36 條規定：「民眾於傳染病發生或有發生之虞時，應配合接受主管機關之檢查、治療、預防接種或其他防疫、檢疫措施」。

爰此，為維護學生健康及避免群聚擴大，當學生有症狀(發病)時，請盡速前往就近公費流感抗病毒藥劑合約醫療院所就醫，經醫師評估診療後投予公費流感抗病毒藥劑，並依醫師處方箋按時服用藥物。

**註 1：**群聚班級內有症狀者，須經醫師評估診療後給予公費流感抗病毒藥劑，就醫時仍需支付掛號費及刷健保卡與部分負擔。

**註 2：**如家長評估無法讓孩子配合公費流感抗病毒藥劑用藥，請務必說明原因並落實居家健康管理。

**註 3：**如有相關問題請洽學校\_\_\_\_\_ (聯絡人：\_\_\_\_\_，電話：\_\_\_\_\_)。

**註 4：**如有相關問題請洽左營衛生所 07-5817191-2

學生家長：\_\_\_\_\_ (簽章)

原因說明(無免填)：

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

以下由就醫醫療院所填寫 (此通知書適用期限從 107/00/13 至 107/00/18 止)

就醫醫療院所名稱	就醫人姓名	服藥日	給藥方式	處方	處方醫師簽(章)名
			<input type="checkbox"/> 治療性用藥		

(符合公費流感抗病毒藥劑使用對象，群聚事件編號：\_\_\_\_\_)

註：疾病管制處諮詢電話：07-

註：看診完請繳回學校保健室