

醫院名稱：_____日期：_____

食品中毒調查表

聯絡人：_____連絡電話：_____

高雄市政府衛生局食品衛生科

姓名	出生年月日	身分證字號	性別	進食時間	發病時間	就醫時間	臨床症狀	共同攝食食物內容	檢體種類	聯絡地址、電話	備註
				月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分	發燒__℃、嘔吐__次/天、腹瀉__次/天（水便、黏液、黏血）、麻痺（__部位） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭昏 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 發疹 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 視覺異常 <input type="checkbox"/> 虛熱倦怠 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 食用共同飲食前，已有出現腸胃道症狀	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	食物____件 血液____件 糞便____件 嘔吐物____件 尿液____件 其他____件	留觀 住院 出院 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				進食時間 月 日 時 分	發病時間 月 日 時 分	就醫時間 月 日 時 分	發燒__℃、嘔吐__次/天、腹瀉__次/天（水便、黏液、黏血）、麻痺（__部位） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭昏 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 發疹 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 視覺異常 <input type="checkbox"/> 虛熱倦怠 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 食用共同飲食前，已有出現腸胃道症狀	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	食物____件 血液____件 糞便____件 嘔吐物____件 尿液____件 其他____件	留觀 住院 出院 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				進食時間 月 日 時 分	發病時間 月 日 時 分	就醫時間 月 日 時 分	發燒__℃、嘔吐__次/天、腹瀉__次/天（水便、黏液、黏血）、麻痺（__部位） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭昏 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 發疹 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 視覺異常 <input type="checkbox"/> 虛熱倦怠 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 食用共同飲食前，已有出現腸胃道症狀	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	食物____件 血液____件 糞便____件 嘔吐物____件 尿液____件 其他____件	留觀 住院 出院 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				進食時間 月 日 時 分	發病時間 月 日 時 分	就醫時間 月 日 時 分	發燒__℃、嘔吐__次/天、腹瀉__次/天（水便、黏液、黏血）、麻痺（__部位） <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 頭昏 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 耳鳴 <input type="checkbox"/> 發疹 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 休克 <input type="checkbox"/> 視覺異常 <input type="checkbox"/> 虛熱倦怠 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 食用共同飲食前，已有出現腸胃道症狀	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____	食物____件 血液____件 糞便____件 嘔吐物____件 尿液____件 其他____件	留觀 住院 出院 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

一、發生疑似食品中毒事件，醫療機構應依食品安全衛生管理法第6條規定於24小時內向當地主管機關報告。
 二、通報專線：平日07-7134000 轉食品衛生科/假日07-7134000 由保全人員聯絡當日值班人員，傳真電話：07-7220864，7224409(食物中毒調查表傳真後，請務必再以電話通知確認)。
 三、進食時間、發病時間、就醫時間請明確記錄幾時幾分。