

# 法定及新興傳染病個案（含疑似病例）報告單

請保護病人隱私權

醫院資料	醫院/診所	院所代碼								電話
	診斷醫師	院所地址	縣市	鄉鎮市區	街路	段巷	號			

1 患者資料	患者姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日	身分證字號/護照號碼						
	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 居留 <input type="checkbox"/> 外籍勞工 <input type="checkbox"/> 外籍人士 身分 <input type="checkbox"/> 大陸人士 <input type="checkbox"/> 外籍配偶 <input type="checkbox"/> 大陸配偶 <input type="checkbox"/> 未知		電話	公家	家	手	機	婚	姻	狀	況
	居住所	縣市	鄉鎮市區	村里	街路	段巷	弄號	樓之	職業	動物接觸史(近3個月內)		

2 病歷與日期	病歷號碼	發病日期	年 月 日	旅遊史(近3個月內)			
	主要症狀	診斷日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 地點 _____ 期間 至 _____ 年 月 日			
	住院情況	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 轉院 日期 年 月 日 轉至 _____ 院所		檢體採檢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	死亡日期	年 月 日
	報告日期	年 月 日	衛生局收到日	年 月 日	疾病管制局收到日	年 月 日	年 月 日

3 疾病資料	<b>第一類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 嚴重急性性呼吸道症候群 <input type="checkbox"/> 天花 <input type="checkbox"/> 鼠疫 <input type="checkbox"/> 炭疽病 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> H5N1 流感 <b>第二類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 多重抗藥性結核病 <input type="checkbox"/> 白喉 <input type="checkbox"/> 霍亂 <input type="checkbox"/> 流行性腦脊髓膜炎 <input type="checkbox"/> 傷寒 <input type="checkbox"/> 副傷寒 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺症 <input type="checkbox"/> 急性無力肢體麻痺 <input type="checkbox"/> 桿菌性痢疾 <input type="checkbox"/> 阿米巴性痢疾 <input type="checkbox"/> 西尼羅熱 <input type="checkbox"/> 瘧疾 <input type="checkbox"/> 屈公病 <input type="checkbox"/> 登革熱 <input type="checkbox"/> 登革出血熱/登革休克症候群 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 急性病毒性 A 型肝炎 <input type="checkbox"/> 腸道出血性大腸桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 漢他病毒症候群 <input type="checkbox"/> 漢他病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 漢他病毒肺症候群 <input type="checkbox"/> 流行性斑疹傷寒	<b>第三類傳染病</b> <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 癩病 <input type="checkbox"/> 日本腦炎 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 先天性德國麻疹症候群 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 新生兒破傷風 <input type="checkbox"/> 腸病毒感併發重症 急性病毒性肝炎(除 A 型外) <input type="checkbox"/> B 型 <input type="checkbox"/> C 型 <input type="checkbox"/> D 型 <input type="checkbox"/> D 型 <input type="checkbox"/> E 型 <input type="checkbox"/> 未定型, 已檢驗 _____ 血清型標記 <input type="checkbox"/> 退伍軍人病 <input type="checkbox"/> 侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 腮腺炎 <b>第四類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 疱疹 B 病毒感染症 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病 <input type="checkbox"/> 類鼻疽 <input type="checkbox"/> 肉毒桿菌中毒 <input type="checkbox"/> 侵襲性肺炎鏈球菌感染症 <input type="checkbox"/> 地方性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> Q 熱 <input type="checkbox"/> 恙蟲病 <input type="checkbox"/> 萊姆病 <input type="checkbox"/> 兔熱病 <input type="checkbox"/> 貓抓病 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流感併發重症 <input type="checkbox"/> 弓形蟲感染症 <input type="checkbox"/> 庫賈氏病	<b>第五類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 伊波拉病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 馬堡病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 拉薩熱 <input type="checkbox"/> 裂谷熱 <input type="checkbox"/> 黃熱病 <b>其他傳染病</b> 後天免疫缺乏症候群 <input type="checkbox"/> HIV 感染未發病 <input type="checkbox"/> HIV 感染已發病 AIDS： HIV/AIDS 請註明感染危險因子： _____ W.B. 確認檢驗單位： _____ RT-PCR 確認檢驗單位： _____ DNA-PCR 確認檢驗單位： _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____ <b>症候群重症通報：必需上網通報</b> <input type="checkbox"/> 急性出血熱症候群 <input type="checkbox"/> 急性呼吸症候群 <input type="checkbox"/> 急性神經症候群 <input type="checkbox"/> 急性黃疸症候群
--------	--	--	--

4 備註	1. 結核病： <input type="checkbox"/> 抗酸菌塗片： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 結核菌培養： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 聚合酶連鎖反應 PCR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 典型結核病理報告，檢查時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日， <input type="checkbox"/> 有肋膜積水 <input type="checkbox"/> 胸部或其他 X 光檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 無空洞 <input type="checkbox"/> 有空洞，檢查時間 _____ 年 _____ 月 _____ 日； 2. 自行檢驗結果：
------	--

以下為衛生單位填寫

承辦(代填)人簽章	科(課)長簽章
-----------	---------

一式二聯：第一聯衛生局留存

※傳染病突發流行，請先打電話或傳真通知當地衛生局，再上網通報或傳真或寄此報告單。  
 紅色者為 24 小時內通報，黑色者為一週內通報。綠色者為一個月內通報、藍色者為非法定傳染病，診斷後為疑似者應儘速通報。

限時專送

廣告回信

市 鄉鎮  
縣 市區 \_\_\_\_\_ 路(街)

段 巷 弄 號 樓 緘

○○○衛生局第一課(科)(疾病管制課) 收

○○縣/市○○鄉鎮市區○段○巷 ○弄○○號

備註說明：

- 1.肉毒桿菌中毒、狂犬病：發現疑似病例，請儘速聯繫所轄衛生單位或本局及各分局，洽詢抗毒素、疫苗或免疫球蛋白等接種及使用供應事宜。
- 2.發現疑似霍亂、傷寒、痢疾、百日咳、流行性腦脊髓膜炎等急性細菌性傳染病，請於投藥前先採取，有關檢體協助送檢或其他傳染病個案之採檢事宜，請參考行政院衛生署疾病管制局「傳染病防治工作手冊」或逕洽所轄衛生單位。
- 3.未定型肝炎—上述血清學標記已檢驗項目為「陰性」，概屬未定型。通報急性病毒性D型、E型肝炎及未定型肝炎之個案，應送檢體至本局實驗室檢驗，其餘急性病毒性採檢事宜，請參考行政院衛生署疾病管制局「防疫檢體採檢手冊」辦理。
4. HIV 感染未發病(044)：需經 Western Blot、RT-PCR 或 DNA-PCR 確認陽性，通報時請附加陽性檢驗報告或註明確認檢驗單位。HIV 感染已發病(AIDS)(042)：除需符合前述外，另患者必須出現念珠菌症、肺囊蟲肺炎等同機性感染或  $CD4 < 200 \text{ Cells/mm}^3$ ，方可認定為已發病，並請加填「後天免疫缺乏症候群個案報告單」。
- 5.本報告單可以採郵寄或傳真方式送所轄衛生單位或上網通報，於必要時得先以電話向當地衛生局通報。
- 6.通報網址：<https://203.65.72.161/ida2/>

若您有疑問，請聯繫：

○○○衛生局 第一課(科)(疾病管制課)防疫專線 ○○○○○○○○