

編號：_____ (請勿填寫)

新北市教保服務機構疑似食品中毒事件個案訪問表

*本問卷僅供參考，作為分析病因用。內容完全保密。請儘量回憶確定後再作答，謝謝！

*□處請用打√回答，_____部份請用文字敘述。

1. 姓名：_____
2. 教保服務機構名稱：_____班級：____年____班 座號：_____
3. 性別：男女
4. 出生日期：民國_____年____月____日（_____歲）
5. 您____年____月____日(星期____)有沒有吃_____提供之午餐？ 有 沒
6. 您有沒有吃下列的食物(請勾選√)？，請盡量回想，謝謝

項次	菜名(內容物)	有吃	沒吃
1			
2			
3			
4			
5			
6			

7. 您從____年____月____日(星期____)午餐吃完之後是否有不舒服的症狀？有 沒有

(1) 開始不舒服症狀的時間：_____月____日 _____時____分

(24小時制，若凌晨12點請填寫為0時0分，中午12點請填寫為12時0分)

(2) 您有發生什麼症狀？(可以複選)

腹瀉(次數____)、嘔吐(次數____)、噁心、腹痛、腹脹、

發燒(38°C以上)、頭痛、紅疹、頭暈、畏冷

裏急後重(想拉但沒東西拉出)、四肢無力、食慾不振、喉嚨痛

咳嗽、流鼻水、肌肉痠痛、其他(請註明)_____

(3)如有腹瀉症狀，大便形狀是：水液狀 黏液狀 大便中有血液

(4)生病後有沒有去看醫生？

-有(請註明醫院/診所名稱)_____ 沒有

-看醫生時間：____月____日 上午 下午 ____時____分

-有沒有留院觀察：有，醫院/診所名稱：_____ 沒有

-有沒有住院：有，醫院/診所名稱：_____ 沒有

(5)以上症狀完全消失的時間：

____月____日 上午 下午 ____時____分