

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