

# 食品中毒案件個案訪問表（校園）

班級：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_年\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

一、個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 年齡：

二、症狀開始發生時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

三、症狀：(可複選)

拉肚子、嘔吐

發癢、發疹、其他

四、症狀發生前進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	第0餐（__月__日__時__分）	第1餐（__月__日__時__分）	第2餐（__月__日__時__分）
進	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
食	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
食	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
品	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
名	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
稱	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃

五、是否就醫：是 否 就醫時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

就診醫院診所名稱：

六、是否住院：是 否

## 食品中毒案件個案訪問表（校園）

班級：○年○班

填表日期：101年11月8日9時00分

一、個案姓名：石○品 性別：男 女 年齡：10

二、症狀開始發生時間：11月7日14時30分

三、症狀：(可複選)

拉肚子、嘔吐

發癢、發疹、其他

四、症狀發生前進食情形（包括用餐時間及所食用食品）

	第0餐（ <u>11月7日12時00分</u> ）	第1餐（ <u>11月7日10時00分</u> ）	第2餐（ <u>11月7日7時30分</u> ）
進	白飯 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	肉鬆麵包 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	豆漿 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
食	豬排 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	蛋餅 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
食	炒青菜 <input type="checkbox"/> 有吃 <input checked="" type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
品	玉米湯 <input checked="" type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
名	香蕉 <input type="checkbox"/> 有吃 <input checked="" type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
稱	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃

五、是否就醫：是 否 就醫時間：11月7日18時00分

就診醫院診所名稱：健康醫院

六、是否住院：是 否