

## 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 食 食 品 名 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
	<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
	<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
	<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
	<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
	<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(11月7日 12時00分)	第 1 餐(11月7日 10時00分)	第 2 餐(11月7日 7時30分)
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