

人口密集機構疑似傳染病群聚速報單

通報機構名稱：

地址：

機構承辦窗口

姓名：

職稱：

聯絡電話：

通報衛生局(所)時間：____年____月____日____時____分（請以 0-23 時表示）

主要症狀：

☐發燒 ☐咳嗽 ☐流鼻水 ☐喉嚨痛 ☐頭痛 ☐肌肉酸痛 ☐倦怠感

☐腹瀉 ☐嘔吐 ☐紅疹 ☐水疱 ☐紅眼症

☐其他症狀（請詳述）：_____

事件摘要：

首例發病個案之發病日期為____年____月____日____時

疫情期間(發病日起~迄)：____年____月____日至____

發病人數：共____人，其中各類發病人員及分布情形詳述如下

人員類別	總人數	發病人數	所屬樓層/單位/住房	所屬樓層/單位/住房 之總人數
住民				
照服員				
護理人員				
其他人員 (請詳述)				

其他（團體活動/訪客症狀及體溫監測）：

機構背景簡述 (環境/人力配置/收住個案屬性) : 檢附平面圖

房型：①單人②雙人③3人④4人⑤5人⑥6人或以上

住民活動力：①完全臥床②需要他人協助(輪椅)③可完全自主活動

管路情形：①NG②TK③Foley

樓層空調型態：①獨立 (各房間) ②中央 (該樓) ③中央 (全棟)

樓層 (共 層樓)	房型	住民活動力	管路	空調	備註

流感疫苗接種情形【上呼吸道感染/類流感/不明原因發燒適用】

流感疫苗接種日期：__年__月__日

單位別	人員類別	總人數	流感疫苗 接種人數	接種率%
(全機構)	服務對象			
(全機構)	工作人員			

就醫情形追蹤：

就醫人數：____人、住院人數：____人

診醫院名稱：

A_____(醫療院所)、B_____(醫療院所)、C_____(醫療院所)

用藥及快篩結果【上呼吸道感染/類流感/不明原因發燒適用】

	使用總人數	A 陽性	B 陽性	陰性
流感快篩_				
抗病毒藥劑				

目前處理情形：(請說明)

填單人：_____ 填單時間：____年____月____日

※本表適用於當機構有「發生傳染病且有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞」時使用。

※填寫完成後，請 email 或傳真至所轄衛生局所。

※後續請依個案名冊格式，完成造冊並檢附平面圖，email 所轄衛生局所。