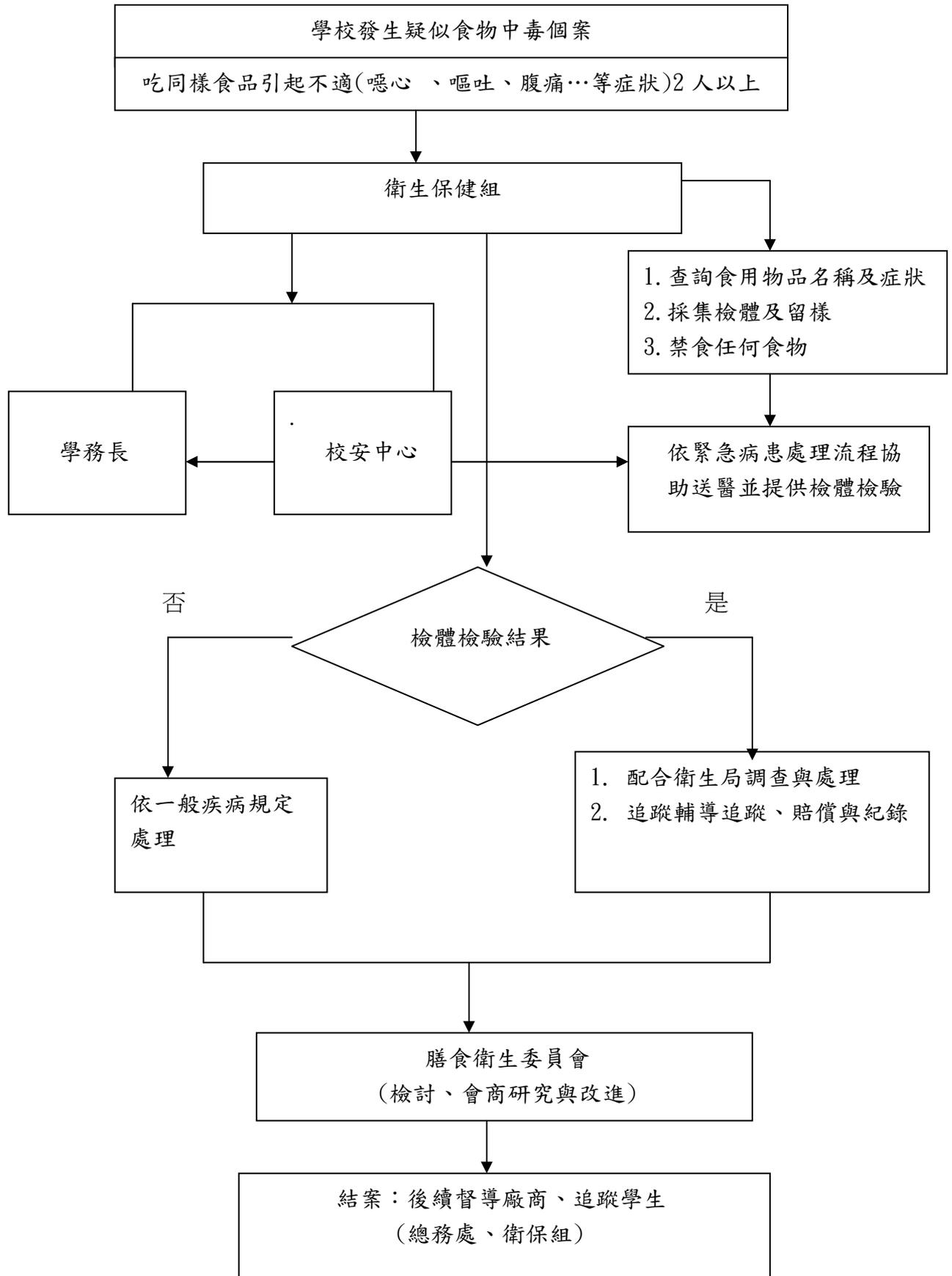


# 建國科技大學校園疑似食物中毒處理作業流程



表一

建國科技大學校園疑似食物中毒通報紀錄表

通報日期時間	____年____月____日____時____分
學校資料	校名：建國科技大學 聯絡電話：04-7111111#1462 傳真電話：04-7115775 地址：彰化市介壽北路一號
疑似造成中毒原因	疑似造成中毒之食品：_____ 食品來源或廠商名稱：_____
用餐種類	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 營業場所（綠崗美食街廣場攤位名稱_____） <input type="checkbox"/> 學校廚房製備 <input type="checkbox"/> 外購餐盒（或團體膳食攤位名稱_____） <input type="checkbox"/> 全家便利商店 <input type="checkbox"/> 其它：_____
進食時間	____年____月____日____時____分
發病時間	____年____月____日____時____分 至 ____時____分
就醫情況	攝食人數：學生____人，教職員工：____人 疑似中毒人數：學生____人，教職員工：____人 就醫人數：學生____人，教職員工：____人 截至目前尚在醫院人數：學生____人，教職員工：____人
中毒症狀	<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏反應（ <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 發癢 <input type="checkbox"/> 發疹等） <input type="checkbox"/> 神經症狀（ <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 暈眩等） <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）
處理情形	1 學生或教職員工方面 <input type="checkbox"/> 就醫送診醫院：_____ <input type="checkbox"/> 通知家長帶回休養 2 衛生單位檢查採樣項目 <input type="checkbox"/> 食品檢體 <input type="checkbox"/> 患者檢體 <input type="checkbox"/> 環境檢體 <input type="checkbox"/> 食品工作人員檢體 3 場所方面 <input type="checkbox"/> 輔導改進 <input type="checkbox"/> 全面消毒 <input type="checkbox"/> 其他（請註明：_____）

衛生保健組：

綠崗美食生活廣場承辦人：

單位主管：

校長：



表三

## 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）

餐次	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