

# 法定及新興傳染病個案 (含疑似病例) 報告單

109/04/15

請保護病人隱私權

醫資料	醫院/診所	院所代碼					電話				
	診斷醫師	院所地址	縣市	鄉鎮市區	街路	段巷	號				
1 患者資料	患者姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日		身分證字號/護照號碼				
	國籍	<input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 其他 居留外籍勞工 身分大陸人士 外籍配偶 大陸配偶 未知		電話	公家	手機	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 未知			
	住所	縣市	鄉鎮市區	村里	街路	段巷	弄號	樓之	職業	動物接觸史 (近3個月內) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
2 病歷與日期	病歷號碼	發病日期			年 月 日		旅遊史 (近3個月內)				
	主要症狀/相關疫苗接種史	診斷日期			年 月 日		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 地點 _____ 期間 年 月 日 至 年 月 日				
	住院情況	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 轉院 日期 年 月 日			檢體採檢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否		死亡日期	年 月 日		
	報告日期	年 月 日		衛生局收到日	年 月 日		疾病管制署收到日	年 月 日			
3 疾病資料	<b>第一類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 天花 <input type="checkbox"/> 鼠疫 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 嚴重急性呼吸道症候群  <b>第二類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 白喉 <input type="checkbox"/> 炭疽病 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 流行性腦脊髓膜炎 <input type="checkbox"/> 登革熱 <input type="checkbox"/> 傷寒 <input type="checkbox"/> 副傷寒 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺症 <input type="checkbox"/> 急性無力肢體麻痺 <input type="checkbox"/> 桿菌性痢疾 <input type="checkbox"/> 阿米巴性痢疾 <input type="checkbox"/> 霍亂 <input type="checkbox"/> 急性病毒性A型肝炎 <input type="checkbox"/> 腸道出血性大腸桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 漢他病毒症候群 <input type="checkbox"/> 漢他病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 漢他病毒肺症候群 <input type="checkbox"/> 瘧疾 <input type="checkbox"/> 屈公病 <input type="checkbox"/> 西尼羅熱 <input type="checkbox"/> 流行性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> 多重抗藥性結核病 <input type="checkbox"/> 茲卡病毒感染症			<b>第三類傳染病</b> <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 日本腦炎 <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 先天性德國麻疹症候群 急性病毒性肝炎 (除A型外) <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> D型 <input type="checkbox"/> E型 <input type="checkbox"/> 未定型， 已檢驗 _____ 血清型標記 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 <input type="checkbox"/> 退伍軍人病 <input type="checkbox"/> 侵襲性b型嗜血桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 先天性梅毒 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 新生兒破傷風 <input type="checkbox"/> 漢生病 <input type="checkbox"/> 腸病毒感染併發重症  人類免疫缺乏病毒感染 <input type="checkbox"/> HIV 感染未發病 <input type="checkbox"/> HIV 感染已發病 AIDS： HIV/AIDS 請註明感染危險因子： _____ W.B. 確認檢驗單位： _____ NAT 確認檢驗單位： _____			<b>第四類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 疱疹B病毒感染症 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病 <input type="checkbox"/> 類鼻疽 <input type="checkbox"/> 肉毒桿菌中毒 <input type="checkbox"/> 李斯特菌症 <input type="checkbox"/> 侵襲性肺炎鏈球菌感染症 <input type="checkbox"/> Q熱 <input type="checkbox"/> 地方性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> 萊姆病 <input type="checkbox"/> 兔熱病 <input type="checkbox"/> 恙蟲病 <input type="checkbox"/> 水痘併發症 <input type="checkbox"/> 弓形蟲感染症 <input type="checkbox"/> 流感併發重症 <input type="checkbox"/> 布氏桿菌病 <input type="checkbox"/> 庫賈氏病  <b>第五類傳染病：</b> <input type="checkbox"/> 裂谷熱 <input type="checkbox"/> 拉薩熱 <input type="checkbox"/> 馬堡病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 伊波拉病毒感染 <input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 中東呼吸症候群冠狀病毒感染 <input type="checkbox"/> 新型A型流感 <input type="checkbox"/> 嚴重特殊傳染性肺炎 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
4 備註	1. 結核病： <input type="checkbox"/> 抗酸菌塗片： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間 年 月 日 <input type="checkbox"/> 結核菌培養： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間 年 月 日 <input type="checkbox"/> 聚合酶連鎖反應 PCR： <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未驗 <input type="checkbox"/> 已驗未出，檢驗時間 年 月 日 <input type="checkbox"/> 典型結核病理報告，檢查時間 年 月 日， <input type="checkbox"/> 有肋膜積水 <input type="checkbox"/> 胸部或其他X光檢查： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 無空洞 <input type="checkbox"/> 有空洞，檢查時間 年 月 日； 2. 自行檢驗結果：										

一式二聯：第一聯衛生局留存  
 ※ 傳染病突發流行，請先打電話或傳真通知當地衛生局，再上網通報或傳真或寄此報告單。  
 紅色者為2小時內通報，棕色者為2小時內通報，黑色者為一週內通報。綠色者為一個月內通報  
 藍色者為非法定傳染病，診斷後為疑似者應儘速通報。

1. 本報告單可以採郵寄或傳真方式送所轄衛生單位或上網通報，於必要時得先以電話向當地衛生局通報。  
 2. 法定傳染病通報將依疾病管制署公告不定時更新。  
 若您有疑問，請聯繫：臺中市政府衛生局疾病管制科 25265394 轉 3422-24、3510