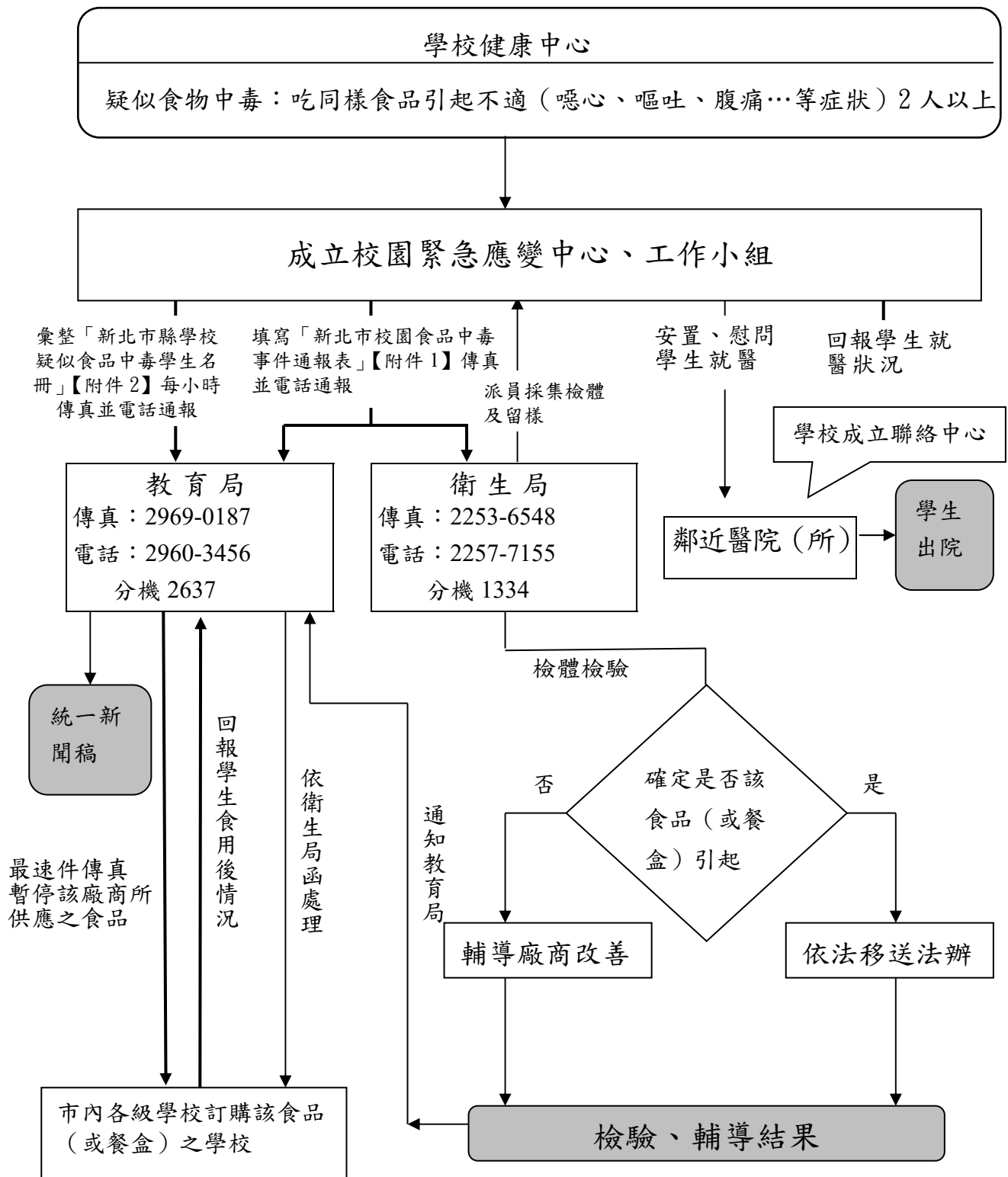


新北市校園疑似食物中毒事件處理流程



新北市校園食品中毒事件通報表

(附件一)

- 一、 通報時間：____年____月____日____時____分
- 二、 通報單位名稱、地址：_____
- 三、 通報單位聯絡人姓名、電話：_____
- 四、 共同攝食的時間：____年____月____日____時____分
- 五、 攝食總人數：_____疑似中毒人數：_____就醫人數：_____
- 六、 發病時間：____年____月____日____時____分起
- 七、 發病地點：_____
- 八、 主要症狀：嘔吐頭暈腹瀉腹痛其他：_____
- 九、 食品供應商名稱、地址：_____
- 十、 攝食內容(菜單)：_____
- 十一、 事件簡述：

新北市學校疑似食品中毒學生名冊

(附件二)

通報學校名稱：_____ 地址：_____ 通報人：_____ 聯絡電話：_____ 通報日期、時間_____

編號	姓名	性別	年齡	班級	聯絡電話	攝食時間 <small>(日期/時間)</small>	發病時間 <small>(日期/時間)</small>	症狀					就醫情形		供應商 (同時請附菜單)
								噁心	嘔吐	腹痛	腹瀉	其他			
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	
												就醫	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	就醫處：	

註一：患童症狀及就醫有無請以「V」表示 註二：通報時需同時聯絡教育局、衛生局 註三：攝食時間及發病時間請填寫日期及時間 (例：0216/1530)

教育局聯絡單位-學生事務科電話(02)2960-3456 分機 2637 衛生局聯絡單位-藥物食品衛生科電話(02)2257-7155 分機 1331-1340 傳真：2253-6548