

表一

桃園市 \_\_\_\_\_ 區疑似食品中毒事件問卷調查表(機構或個案填寫)

- 一、姓名： \_\_\_\_\_ 二、性別： 男 女  
 三、職業/班級/單位： \_\_\_\_\_ (學生請註明班級；公司請註明單位)  
 四、連絡電話： \_\_\_\_\_ 五、年齡： \_\_\_\_\_  
 六、出生日期： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
 七、住址： \_\_\_\_\_  
 八、發病時間(開始出現症狀)： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分(請以0-23時)  
 九、發病地點： \_\_\_\_\_  
 十、發病症狀：

一般症狀		過敏反應	神經症狀	其他
<input type="checkbox"/> 噁心	<input type="checkbox"/> 嘔吐(____次)	<input type="checkbox"/> 臉部潮紅	<input type="checkbox"/> 視覺障礙	
<input type="checkbox"/> 下痢帶血(拉肚子)	<input type="checkbox"/> 腹瀉(____次)	<input type="checkbox"/> 發癢	<input type="checkbox"/> 麻痺	
<input type="checkbox"/> 想排便又排不出來	<input type="checkbox"/> 發燒(____℃)	<input type="checkbox"/> 發疹	<input type="checkbox"/> 眩暈	
<input type="checkbox"/> 出汗	<input type="checkbox"/> 寒顫、畏寒		<input type="checkbox"/> 複視	
<input type="checkbox"/> 虛弱或虛熱倦怠	<input type="checkbox"/> 頭痛		<input type="checkbox"/> 昏迷	
<input type="checkbox"/> 肌肉痛	<input type="checkbox"/> 腹痛		<input type="checkbox"/> 語言及吞嚥困難	

- 十一、就醫時間： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分(請以0-23時)；未就醫  
 十二、就醫地點： \_\_\_\_\_ 醫院/診所；住院：是，否；診斷結果： \_\_\_\_\_  
 十三、攝食時間： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_時\_\_\_\_分(請以0-23時)  
 十四、攝食地點： \_\_\_\_\_ (電話： \_\_\_\_\_)  
 十五、症狀發生前進食情形：「有吃」請打“√”；「沒吃」，打“×”；不知道，打“△”。

日期	(當餐)____月____日____時____分					(前1餐)____月____日____時____分					(前2餐)____月____日____時____分				
地點															
食品名稱															
有無食用															
異味(簡述)															

日期	(前3餐)___月___日___時___分						(前4餐)___月___日___時___分					
地點												
食品名稱												
有無食用												
異味(簡述)												

十六、在各餐次間是否攝食之其他食品： 是 否

食品名稱：\_\_\_\_\_ 攝食地點：\_\_\_\_\_ 食用情形說明(味道/外觀)：\_\_\_\_\_

十七、食用共同飲食前，是否已有腸胃道症狀或身體不適：

是，自\_\_\_月\_\_\_日開始有\_\_\_\_\_ 症狀，並於\_\_\_月\_\_\_日就醫；未就醫  
否

十八、同行者是否具有相同症狀：

是，\_\_\_\_\_ 人，與我的關係為\_\_\_\_\_；有無食用當餐：是，否；  
 有無就醫：是，\_\_\_\_\_醫院/診所 否  
否

謝謝您！煩請送交

桃園市政府衛生局 食品管理暨檢驗科

電話(03)3370930 傳真(03)3363160

E-mail: tyh24002@gmail.com