

## 明道大學 疑似食品中毒案件個案訪問表

- 一、系所年級：
- 二、學號： 填表日期： 年 月 日 時 分
- 三、個案姓名：
- 四、性別：男、女
- 五、年齡：
- 六、症狀開始發生時間： 月 日 時 分
- 七、症狀：（可複選）
- 發燒、咳嗽、流鼻水頭痛、眩暈、
- 噁心、嘔吐、腹絞痛、腹瀉、
- 面潮紅、發癢、發疹、複視、眼皮下垂、麻痺、
- 說話困難、呼吸困難、吞嚥困難、其他（請列出）
- 八、症狀發生前12小時進食情形(包括用餐時間及所食用食品)（ 月 日 時 分）
- 九、是否就醫：是、否
- 十、就醫時間： 月 日 時 分
- 十一、就診醫院診所名稱：
- 十二、是否用藥：是、否
- 十三、是否住院：是、否

	（ 月 日 時 分）	（ 月 日 時 分）	（ 月 日 時 分）
餐 飲 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