

陽明校區疑似食品中毒案件個案訪問表

填寫人：_____

系所、年級：_____分

填表日期：_年_月_日_時_分

一、個案姓名：_____ 性別：男、女 年齡：_____

手機：_____

二、症狀開始發生時間：_____月____日____時____分

三、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(____次/天)

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)_____

四、症狀發生前 12 小時進食情形 (包括用餐時間及所食用食品)

時間	____月____日____時____分	____月____日____時____分	____月____日____時____分
餐 飲 食 品 名 稱			

五、是否就醫：是、否

就醫時間：____月____日____時____分

就診醫院診所名稱：_____

六、是否用藥：是、否

七、是否住院：是、否