

請保護病人隱私權

以下欄位皆為必填

105/04/01

一式二聯：第一聯衛生局留存

醫院 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		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					
	居留	<input type="checkbox"/> 外籍勞工 <input type="checkbox"/> 外籍人士 <input type="checkbox"/> 大陸人士 <input type="checkbox"/> 外籍配偶 <input type="checkbox"/> 大陸配偶 <input type="checkbox"/> 未知		居住所			縣 市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 巷	弄 號	樓 之	職業

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	轉至	院所	檢體 採檢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	死亡 日期	年 月 日			

3 疾 病 資 料	第一類傳染病： <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 第二類傳染病： <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	第三類傳染病 <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： _____	第四類傳染病： <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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 庫賈氏病 第五類傳染病： <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"/> 伊波拉病毒感染症 <input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 中東呼吸症候群冠狀病毒感染症 <input type="checkbox"/> 新型 A 型流感 <input type="checkbox"/> 茲卡病毒感染症 <input type="checkbox"/> 其他
	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		

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"/> 有助膜積水 <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：

以下為衛生單位填寫

承辦 (代填) 人簽章	科 (處) 長簽章
-------------	-----------

※ 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 24 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。

市 鄉鎮
縣 市區 路(街)

段 巷 弄 號 樓 緘

○○○衛生局第一科(處)(疾病管制科) 收

○○縣/市○○鄉鎮市區○段○巷 ○弄○○號

備註說明：

1. 中華民國105年4月1日部授疾字第1050100423號公告新增「先天性梅毒」為第三類傳染病。
2. 中華民國105年2月2日部授疾字第1050100179號公告修正「茲卡病毒感染症」自第二類傳染病移列至第五類傳染病。
3. 中華民國105年1月22日部授疾字第1050100083號公告新增「茲卡病毒感染症」為第二類傳染病。
4. 中華民國104年3月23日疾管防字第1040200233號函取消通報「登革出血熱/登革休克症候群」。
5. 中華民國103年8月8日部授疾字第1030101208號公告修正原「伊波拉病毒出血熱」更名為「伊波拉病毒感染」。
6. 中華民國103年8月1日部授疾字第1030101132號將第四類法定傳染病「流感併發症」修正為「流感併發重症」。
7. 中華民國103年6月27日部授疾字第1030100927號公告新增第五類傳染病「新型A型流感」，及移除第一類傳染病「H5N1流感」及第五類傳染病「H7N9流感」。
8. 中華民國102年12月27日部授疾字第1020103975號公告修正第四類傳染病「水痘」為「水痘併發症」。
9. 中華民國102年6月07日署授疾字第1020100731號公告將「新型冠狀病毒感染症」修正名稱為「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症」，及將「貓抓病」及「NDM-1腸道菌感染症」自第四類傳染病移除。
10. 中華民國102年4月03日署授疾字第1020100463號公告新增「H7N9流感」為第五類傳染病。
11. 中華民國102年3月14日署授疾字第1020100343號公告修正原「新型冠狀病毒呼吸道重症」更名為「新型冠狀病毒感染症」。
12. 中華民國102年1月24日署授疾字第1020100062號公告修正「炭疽病」自第一類傳染病移列至第二類傳染病。
13. 中華民國101年10月3日署授疾字第1010101167號公告新增「新型冠狀病毒呼吸道重症」為第五類傳染病。
14. 中華民國101年2月7日署授疾字第1010100098號公告新增「布氏桿菌病」為第四類傳染病。
15. 中華民國100年9月16日署授疾字第1000100896號將第四類法定傳染病「流感併發重症」之名稱修正為「流感併發症」。
16. 中華民國99年9月9日署授疾字第0990001077號公告新增「NDM-1腸道菌感染症」為第四類傳染病。
17. 中華民國98年6月19日行政院衛生署署授疾字第0980000829號公告修正H1N1新型流感自第一類傳染病刪除，罹患流感併發重症屬H1N1新型流感病毒感染者，請依第四類傳染病之報告時限、通報及相關防治措施規定辦理。
18. 中華民國97年10月24日署授疾字第0970001187號公告修正「癩病」名稱為「漢生病」、「腮腺炎」名稱為「流行性腮腺炎」；增列「人類免疫缺乏病毒感染」乙項為第三類傳染病。並自2008年11月1日起生效。
19. 發現疑似霍亂、傷寒、痢疾、百日咳、流行性腦脊髓膜炎等急性細菌性傳染病，請於投藥前先採檢，有關檢體協助送檢或其他傳染病個案之採檢事宜，請參考衛生福利部疾病管制署「傳染病防治工作手冊」或逕洽所轄衛生單位。
20. 未定型肝炎—上述血清學標記已檢驗項目為「陰性」，概屬未定型。通報急性病毒性D型、E型肝炎及未定型肝炎之個案，應送檢體至本署實驗室檢驗，其餘急性病毒性採檢事宜，請參考衛生福利部疾病管制署「防疫檢體採檢手冊」辦理。
21. HIV感染未發病：需經Western Blot或NAT確認陽性，通報時請附加陽性檢驗報告或註明確認檢驗單位。HIV感染已發病(AIDS)：除需符合前述外，另患者必須出現念珠菌症、肺囊蟲肺炎等伺機性感染或CD4值或CD4比例符合通報檢驗條件，方可認定為已發病，並請加填「後天免疫缺乏症候群個案報告單」。
22. 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。
23. 通報網址：<https://ida4.cdc.gov.tw/hospital>

若您有疑問，請聯繫：

○○○衛生局 第一科(處)(疾病管制科)防疫專線 ○○○○○○○○