

## 新北市登革熱NS-1快篩試劑使用情形

\_\_\_\_\_區 醫療院所:

電話:

使用時間: 年 月 日

填表人:

編號	姓名	性別	出生年月日(民國) YY/MM/DD	身分證字號	是否為 外籍人士	看診日期(民國) YY/MM/DD	備註
1					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
2					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
3					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
4					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
5					<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		

表格不敷使用時，請自行增列並列印。

使用數量: 劑

剩餘數量: 劑

備註:使用登革熱NS-1快速篩檢試劑之當週週五下午五時前，以傳真回覆衛生局(22577166)使用情形。