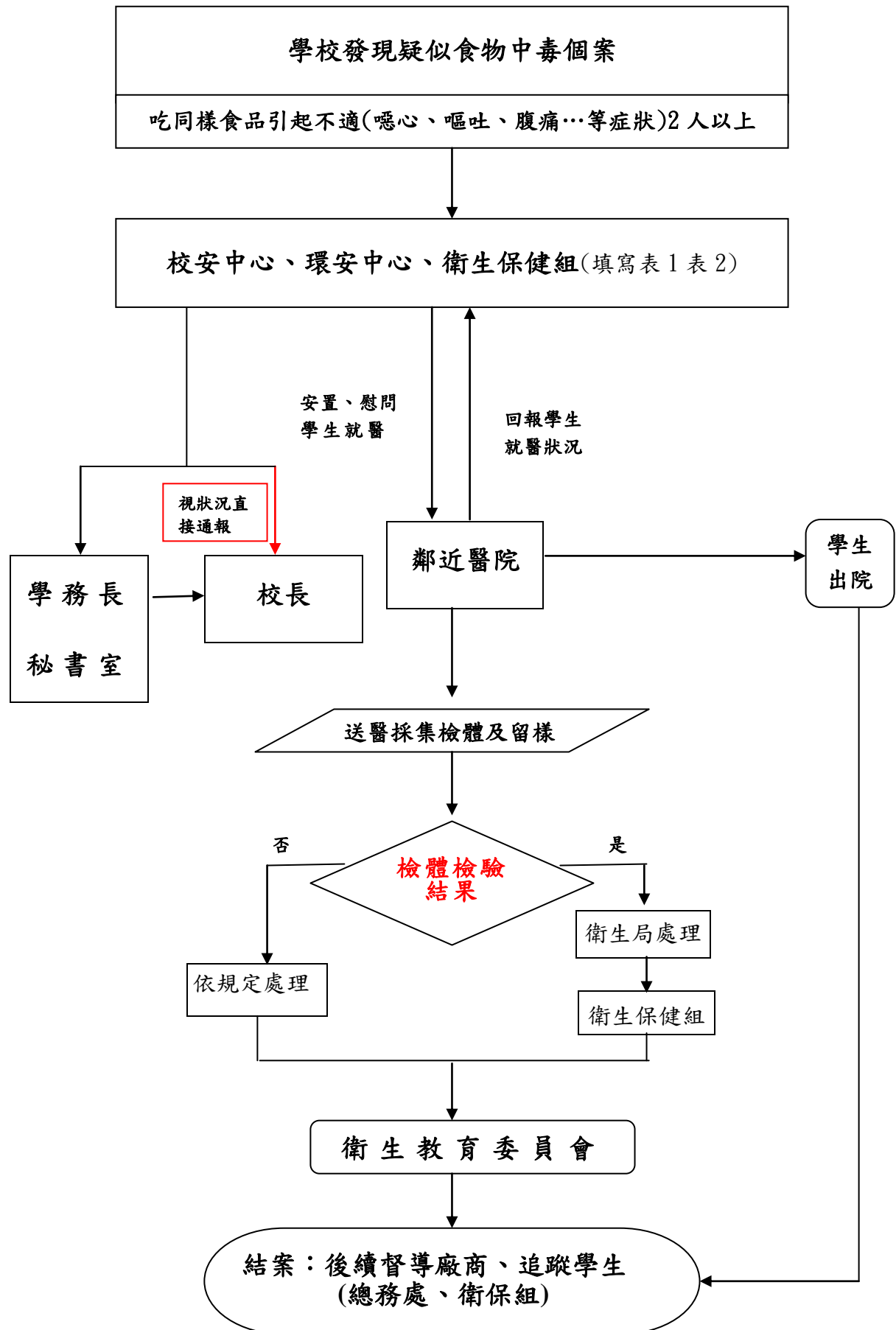


# 臺北城市科技大學校園疑似食物中毒處理作業流程

103.3.17 102 學年度第 2 學期學生事務會議訂定



表一：校園疑似食物中毒通報紀錄表

通報日期時間	____年____月____日____時____分
學校資料	校名：_____學校 聯絡電話（二線以上）：_____傳真電話：_____ 地址：_____
疑似造成中毒原因	疑似造成中毒之食品：_____ 食品來源或廠商名稱：_____
用餐種類	<input type="checkbox"/> 營業場所（美食街餐廳、小吃店） <input type="checkbox"/> 外購餐盒（或團體膳食） <input type="checkbox"/> 學校員生消費合作社販售食品 <input type="checkbox"/> 其它：_____
進食時間	____年____月____日____時____分
發病時間	____年____月____日____時____分 至 ____時____分
就醫情況	攝食人數：學生____人，教職員工：____人 疑似中毒人數：學生____人，教職員工：____人 就醫人數：學生____人，教職員工：____人 截至目前尚在醫院人數：學生____人，教職員工：____人
中毒症狀	<input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹痛 <input type="checkbox"/> 下腹痛 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 過敏反應（ <input type="checkbox"/> 臉部潮紅 <input type="checkbox"/> 發癢 <input type="checkbox"/> 發疹等） <input type="checkbox"/> 神經症狀（ <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 暈眩等） <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）
就醫地點	醫療院（所）名稱： （_____人次）就醫送診      （_____人次）回家休養
簡述處理情形	

填表人：

單位主管：

校長：

表二：校園疑似食物中毒學生緊急後送就醫紀錄表

號次	學生姓名	學號	就醫病況勾選及簡述										送醫醫院名稱	到院時間	處理結果			
			嘔心	嘔吐	上腹痛	下腹痛	腹瀉	發燒	喉嚨痛	過敏反應	神經症狀	其它註明			住院病房	出院時間	備註	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

通報日期、時間： 年 月 日 時 分

填表人：

聯絡電話：