附件三

編號：_____ (請勿填寫)

# 新北市學校疑似食品中毒事件個案訪問表

*本問卷僅供參考，作為分析病因用。內容完全保密。請儘量回憶確定後再作答，謝謝！

*□處請用打√回答，_____部份請用文字敘述。

1. 姓名：_____.

2. 學校名稱：新北市立三重高級商工職業學校 _____科：____年____班 學號：_____.

3. 性別：□男□女

4. 出生日期：民國____年____月____日（____足歲）

5. 您____年____月____日(星期____)有沒有吃_____提供之午餐？ □有 □沒

6.您有沒有吃下列的食物(請勾選√)？，請盡量回想，謝謝

| 項次 | 時間 | 購餐地點 | 菜名名稱(內容物) |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

7.您從____年____月____日(星期____)午餐吃完之後是否有不舒服的症狀?□有 □沒有

(1)開始不舒服症狀的時間：____月____日 ____時____分

**(24小時制，若凌晨12點請填寫為0時0分，中午12點請填寫為12時0分）**

(2)您有發生什麼症狀？(可以複選)

□腹瀉(次數____)、□嘔吐(次數____)、□噁心、□腹痛、□腹脹、

□發燒(38$^{o}$C 以上)、□頭痛、□紅疹、□頭暈、□畏冷

□裏急後重(想拉但沒東西拉出) 、□四肢無力、□食慾不振、□喉嚨痛

□咳嗽、□流鼻水、□肌肉痠痛、□其他(請註明)：_____.

(3)如有腹瀉症狀，大便形狀是：□水液狀 □黏液狀 □大便中有血液

(4)生病後有沒有去看醫生？

-有(請註明醫院/診所名稱) _____ ；□沒有

-看醫生時間：____月____日 □上午 □下午 ____時____分

-有沒有留院觀察：□有，醫院/診所名稱：_____ ；□沒有

-有沒有住院：□有，醫院/診所名稱：_____ ；□沒有

(5)以上症狀完全消失的時間：____月____日 □上午 □下午____時____分