

## 臺南市高級中等以下學校發生疑似食品中毒事件速報單

學校名稱	臺南市_____區_____學校
通報日期時間	_____年_____月_____日_____時_____分
連絡資料	聯絡電話(二線以上): _____、_____ 傳真電話: _____ 聯絡人: _____ 職稱: _____ 手機: _____
進食時間	_____年_____月_____日_____時_____分
發病時間	_____年_____月_____日_____時_____分至_____時_____分
基本概況	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 就醫地點: _____
供餐方式	<input type="checkbox"/> 自辦廚房 <input type="checkbox"/> 受_____ (學校) 供應 <input type="checkbox"/> 委外供應 <input type="checkbox"/> 其他_____
當日午餐菜單 及供應商資料	主食: _____ 副食: _____ 湯: _____ 其他(含水果): _____ 當日食材供應商: _____
主要症狀	<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: _____)
其他	因應替代措施: _____
聯絡單位	教育局學輔校安科: 電話: 635-6638、299-1111#8729 傳真: 635-0758、298-2610; 學輔科專線: 295-9023 衛生局食品藥物管理科: 食中專線(24小時): 0937-306127、0975-672826 傳真: 632-9367、268-2964

單位主管: \_\_\_\_\_ (核章)

備註: 1. 發生疑似校園食品中毒事件時, 請於 30 分鐘內填報此速報單並完成傳真。

2. 請於傳真本紀錄前, 先以電話進行聯絡。