

臺南市〈機關全銜〉發生疑似校園食品中毒事件後送就醫紀錄表

號次	學生姓名	就讀班級	送醫/帶回	車輛	護送人員	送醫時間	隨車人員回報	
			醫院名稱_____	☐ 119	姓名		時間：_____ 地點：_____	
			☐ 自行就醫	☐ 學校派送	電話		情 況 ☐ 急 診 觀 察 ☐ 住 院	
			☐ 返家〔未就醫〕	☐ 家屬車輛			☐ 危急 ☐ 返家休養	
			醫院名稱_____	☐ 119	姓名		時間：_____ 地點：_____	
			☐ 自行就醫	☐ 學校派送	電話		情 況 ☐ 急 診 觀 察 ☐ 住 院	
			☐ 返家〔未就醫〕	☐ 家屬車輛			☐ 危急 ☐ 返家休養	
			醫院名稱_____	☐ 119	姓名		時間：_____ 地點：_____	
			☐ 自行就醫	☐ 學校派送	電話		情 況 ☐ 急 診 觀 察 ☐ 住 院	
			☐ 返家〔未就醫〕	☐ 家屬車輛			☐ 危急 ☐ 返家休養	
			醫院名稱_____	☐ 119	姓名		時間：_____ 地點：_____	
			☐ 自行就醫	☐ 學校派送	電話		情 況 ☐ 急 診 觀 察 ☐ 住 院	
			☐ 返家〔未就醫〕	☐ 家屬車輛			☐ 危急 ☐ 返家休養	
			醫院名稱_____	☐ 119	姓名		時間：_____ 地點：_____	
			☐ 自行就醫	☐ 學校派送	電話		情 況 ☐ 急 診 觀 察 ☐ 住 院	
			☐ 返家〔未就醫〕	☐ 家屬車輛			☐ 危急 ☐ 返家休養	

備註：學校支援組應每小時通報學校緊急應變中心一次（或交由現場指揮官），至所有就醫學生出院為止，俾便掌握就醫學生情況。

通報日期、時間： 年 月 日 時 分 填表人： 聯絡電話：