

國立金門大學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：_____ 聯絡電話：_____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：_____ <input type="checkbox"/> 食材來源 <input type="checkbox"/> 送達時間 <input type="checkbox"/> 保存溫度 <input type="checkbox"/> 保存時間 <input type="checkbox"/> 環境衛生不良 <input type="checkbox"/> 廚工個人衛生習慣不良 <input type="checkbox"/> 廚工健康欠佳 <input type="checkbox"/> 其它：_____
用餐種類	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 營業場所（餐廳、小吃店） <input type="checkbox"/> 學校餐廳 <input type="checkbox"/> 學校攤商 <input type="checkbox"/> 外購餐盒 <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： 就醫送診_____人次 回家休養_____人次
簡述處理情形	

填表人：

單位主管：

校長：