

# 景文科技大學疑似食品中毒案件個案訪問表

單位(系所、班級)：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_年\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

一、個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

二、家長姓名：\_\_\_\_\_ 家長電話：\_\_\_\_\_

三、症狀開始發生時間：\_\_月\_\_日 \_\_時 \_\_分

四、症狀：(可複選)

發燒、咳嗽、流鼻水頭痛、眩暈、

噁心、嘔吐、腹絞痛、腹瀉、

面潮紅、發癢、發疹、複視、眼皮下垂、麻痺、

說話困難、呼吸困難、吞嚥困難、其他 (請列出)\_\_\_\_\_

五、症狀發生前 12 小時進食情形 (包括用餐時間及所食用食品)

	(__月__日__時__分)	(__月__日__時__分)	(__月__日__時__分)
餐 飲 食 品 名 稱	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃

五、是否就醫：是、否 就醫時間：\_\_月\_\_日\_\_時\_\_分

就診醫院診所名稱：\_\_\_\_\_

六、是否用藥：是、否

七、是否住院：是、否

# Jinwen University of Science & Technology

## Suspected Food Poisoning Case Record Form

Departmental/Class : \_\_\_\_\_ Date & Time : \_\_\_\_\_

1. Case Name : \_\_\_\_\_ Gender : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

2. Parent Name : \_\_\_\_\_ Tel. : \_\_\_\_\_

3. Date and Time of Onset of Symptoms(Date and time) : \_\_\_\_\_

4. Symptoms : ( Multiple Choice )

Fever 、 Cough 、 Runny nose 、 Headache 、 Dizziness 、

Nausea 、 Vomiting 、 Abdominal pain 、 Diarrhea 、

Facial flushing 、 Itch 、 Rash 、 Diplopia 、 Drooping eyelids 、 Palsy 、

Difficulty speaking 、 Difficulty breathing 、 Dysphagia 、

Other \_\_\_\_\_

5. Food Consumption History (12 hours before symptoms onset, include time and food name was eaten)

	Date & Time (mm/dd hh:mi)	Date & Time (mm/dd hh:mi)	Date & Time (mm/dd hh:mi)
Meals(food) Name was eaten	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

6. Did you seek medical advice? : Yes 、 No ; When(Date & Time) : \_\_\_\_\_

Hospital Name : \_\_\_\_\_

7. Medication use : Yes 、 No

8. Hospitalized : Yes 、 No