臺南市後營國小暨附設幼兒園發生疑似校園食品中毒事件後送就醫紀錄表

附件 4

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	家長聯絡電話
			醫院名稱_____ □自行就醫 □返家〔未就醫〕	□ 119 □學校派送 □家屬車輛	姓名 電話		時間：_____ 地點：_____ 情況 □急診觀察 □住院 □危急 □返家休養	
			醫院名稱_____ □自行就醫 □返家〔未就醫〕	□ 119 □學校派送 □家屬車輛	姓名 電話		時間：_____ 地點：_____ 情況 □急診觀察 □住院 □危急 □返家休養	
			醫院名稱_____ □自行就醫 □返家〔未就醫〕	□ 119 □學校派送 □家屬車輛	姓名 電話		時間：_____ 地點：_____ 情況 □急診觀察 □住院 □危急 □返家休養	
			醫院名稱_____ □自行就醫 □返家〔未就醫〕	□ 119 □學校派送 □家屬車輛	姓名 電話		時間：_____ 地點：_____ 情況 □急診觀察 □住院 □危急 □返家休養	
			醫院名稱_____ □自行就醫 □返家〔未就醫〕	□ 119 □學校派送 □家屬車輛	姓名 電話		時間：_____ 地點：_____ 情況 □急診觀察 □住院 □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：

參考資料來源：中華民國學校護理人員協進會實務手冊