附件 6

臺南市後營國小暨附設幼兒園發生疑似校園食品中毒學生名冊

編號	班級	姓名	性別	出生年月日（或年齡）	家長聯絡電話	發病時間（日期/時間）	症狀								就醫情形	備註（採檢）
							發燒（℃）	噁心	嘔吐（次數）	腹痛	腹瀉（次數）	噴嚏咳嗽或流鼻水	過敏反應	其他症狀		
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	
			□男 □女												□有，醫院名稱： □無	

備註：

1.請於 24 小時內提供疑似校園食品中毒學生名冊予本市衛生局食品藥物管理科，俾利衛生單位進行疫調分析作業。

2.聯絡單位：臺南市政府衛生局食品藥物管理科　聯絡電話：(06)260-4140　傳真：(06)268-2964　公務手機：0937-306127 0975672826

通報人：_____　聯絡電話：_____手機：_____　通報日期、時間：___年___月___日___時___分