

法定及新興傳染病個案（含疑似病例）報告單

請保護病人隱私權

修訂日：112/05/31

一式二聯：第一聯衛生局留存 ※傳染病突發流行，請先打電話通知當地衛生局，再至傳染通報系統登打通報單內容、或以傳真、電子郵件傳送紙本通報資料。

通報單位 資料	單位 名稱		醫事機 構代碼		通報者 電話	
	診斷 醫師		單位 地址	縣 市	鄉鎮 市區	街 段 路 巷
個案 資料	個案姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 第三性別	出生 日期	____年____月____日	身分證字號/居留證號/護照號碼	
	國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 非本國籍：____ 身分：	電話	公司或住家		
	居住地址	縣 鄉鎮 村 街 段 弄 市 市區 里 路 巷 號 樓 之	手機			
通報 疾病 資料	發病日期	<input type="checkbox"/> 無發病日 <input type="checkbox"/> 有：____年____月____日	診斷 日期	____年____月____日	報告 日期	____年____月____日
	衛生局 收到日	____年____月____日	是否 死亡	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：____年____月____日		
	有無症狀	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：	備註			
	流病資料	職業	旅遊史 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 國內 <input type="checkbox"/> 國外 <input type="checkbox"/> 國外居住 地點：____ 起始日：____年____月____日 結束日：____年____月____日	接觸史		
通報 疾病 項目	第一類傳染病：(24小時內通報)		第三類傳染病：		第四類傳染病：	
	<input type="checkbox"/> 鼠疫		(一週內通報)		(24小時內通報)	
	<input type="checkbox"/> 天花		<input type="checkbox"/> 結核病		<input type="checkbox"/> 肉毒桿菌中毒 <input type="checkbox"/> 類鼻疽	
	<input type="checkbox"/> 狂犬病		<input type="checkbox"/> 漢生病		<input type="checkbox"/> 疱疹B病毒感染 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病	
	<input type="checkbox"/> 嚴重急性呼吸道症候群		<input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> 發熱伴血小板減少綜合症	
	第二類傳染病：(24小時內通報)		<input type="checkbox"/> 破傷風		(72小時內通報)	
	<input type="checkbox"/> 霍亂		<input type="checkbox"/> 日本腦炎		<input type="checkbox"/> 李斯特菌症	
	<input type="checkbox"/> 傷寒		<input type="checkbox"/> 急性病毒性B型肝炎		<input type="checkbox"/> 嚴重特殊傳染性肺炎	
	<input type="checkbox"/> 副傷寒		<input type="checkbox"/> 急性病毒性C型肝炎		(一週內通報)	
	<input type="checkbox"/> 桿菌性痢疾		<input type="checkbox"/> 急性病毒性D型肝炎		<input type="checkbox"/> 兔熱病 <input type="checkbox"/> 布氏桿菌病	
<input type="checkbox"/> 阿米巴性痢疾		<input type="checkbox"/> 急性病毒性E型肝炎		<input type="checkbox"/> 侵襲性肺炎鏈球菌感染症		
<input type="checkbox"/> 腸道出血性大腸桿菌感染症		<input type="checkbox"/> 急性病毒性肝炎未定型		<input type="checkbox"/> 水痘併發症 <input type="checkbox"/> 恙蟲病		
<input type="checkbox"/> 炭疽病		<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎		<input type="checkbox"/> 地方性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> Q熱		
<input type="checkbox"/> 白喉		<input type="checkbox"/> 腸病毒感染併發重症		<input type="checkbox"/> 萊姆病 <input type="checkbox"/> 弓形蟲感染症		
<input type="checkbox"/> 流行性腦脊髓膜炎		<input type="checkbox"/> 梅毒		<input type="checkbox"/> 流感併發重症		
<input type="checkbox"/> 急性無力肢體麻痺		<input type="checkbox"/> 先天性梅毒		(一個月內通報)		
(小兒麻痺症監視指標)		<input type="checkbox"/> 淋病		<input type="checkbox"/> 庫賈氏病		
<input type="checkbox"/> 麻疹		<input type="checkbox"/> 侵襲性b型嗜血桿菌感染症		第五類傳染病：(24小時內通報)		
<input type="checkbox"/> 德國麻疹		<input type="checkbox"/> 退伍軍人病		<input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 裂谷熱		
<input type="checkbox"/> 登革熱		<input type="checkbox"/> 先天性德國麻疹症候群		<input type="checkbox"/> 伊波拉病毒感染 <input type="checkbox"/> 馬堡病毒出血熱		
<input type="checkbox"/> 西尼羅熱		<input type="checkbox"/> 新生兒破傷風		<input type="checkbox"/> 拉薩熱		
<input type="checkbox"/> 急性病毒性A型肝炎		(24小時內通報)		<input type="checkbox"/> 新型A型流感		
<input type="checkbox"/> 流行性斑疹傷寒		<input type="checkbox"/> 人類免疫缺乏病毒感染(含母子 垂直感染及孕產婦疑似個案)		<input type="checkbox"/> 中東呼吸症候群冠狀病毒感染症		
<input type="checkbox"/> 瘧疾		<input type="checkbox"/> 後天免疫缺乏症候群		重點監視項目：(診斷後儘速通報)		
<input type="checkbox"/> 瘧疾				<input type="checkbox"/> 狂犬病毒檢驗 <input type="checkbox"/> 立百病毒感染症		
<input type="checkbox"/> 屈公病				<input type="checkbox"/> 第二型豬鏈球菌感染症		
<input type="checkbox"/> 漢他病毒症候群				<input type="checkbox"/> 茲卡病毒篩檢		
<input type="checkbox"/> 茲卡病毒感染症				<input type="checkbox"/> 孩童多系統炎症徵候群		
<input type="checkbox"/> 猴痘						

以下為衛生單位填寫

承辦（代填）人簽章	科（處）長簽章
-----------	---------

