

# 藥局 臺南市登革熱疑似病例 轉介單

請保護病人隱私權

通報單位 資料	單位 名稱		醫事機 構代碼		通報者 電話							
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：_____		電話	公司或住家							
					手機							
	居住地址	縣市	鄉鎮 市區	村 里	街 路	段 巷	弄 號	樓 之				
	發病日期	<input type="checkbox"/> 無發病日 <input type="checkbox"/> 有：____年____月____日					【藥局章戳】					
	有無症狀	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：										
旅遊史 (近兩週)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，國內： 國外：											

以下為衛生單位填寫

轉介之衛生所名稱		臺南市                  區衛生所			
衛生所 收到日	____年____月____日	承辦(代填)人 簽章		科(處)長 簽章	

第一聯：藥局收執(白) 第二聯：民眾持此轉介單，交由衛生所收執(黃)