

# 醫事檢驗所 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<br>資料 | 單位<br>名稱  |  | 醫事機<br>構代碼   |          | 通報者<br>電話    |                 |                  |
| 個案資料       | 個案姓名  | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 第三性別 | 出生<br>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<br><input type="checkbox"/> 非本國籍：_____      | 電話   | 公司或住家    |              |                 |                  |
|            | 居住地址  | 縣市   | 鄉鎮<br>市區   | 村<br>里   | 街<br>路       | 段<br>巷          | 弄<br>號<br>樓<br>之 |
|            | 發病日期  | <input type="checkbox"/> 無發病日<br><input type="checkbox"/> 有：___年___月___日 |  |          |              |                 |                  |
|            | 有無症狀  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：                   |  |          |              |                 |                  |
| NSI快篩結果    | <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 | 旅遊史<br>(近兩週)   | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有，國內：<br>國外：                    |          |              |                 |                  |

【醫事檢驗所章戳】

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<br>收到日 | ___年___月___日 | 承辦(代填)人<br>簽章 |  | 科(處)長<br>簽章 |  |

第一聯：醫事檢驗所收執(白) 第二聯：衛生所收執(黃)