

附件 2

調查日期：_____年__月__日
調查人/單位：_____

特殊不明原因肺炎疫調單

一、 基本資料：

| | | | |
|---------------|--------------|------------|--|
| 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 出生日期 (西元年) | _____年__月__日 | 國籍 | <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其他，國籍：_____ |
| 居住地 | | 聯絡方式 | |
| 職業 | | 是否為醫療機構人員* | <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是，職稱：_____ |
| 發病日期 (西元年) | _____年__月__日 | 是否懷孕（女性） | <input type="checkbox"/> 否； <input type="checkbox"/> 是，懷孕_____週 |

註：*醫療機構人員包含：醫師、護士、其他專業人員、醫學院學生、醫院志工、清潔人員、外包人員、醫院餐廳員工、救護人員、與基層衛生人員等。

二、 臨床狀況：

(一) 症狀 (初始症狀或疾病過程中曾出現)

- 發燒(38°C 以上)，請註明開始日期(西元年)_____年__月__日
- 全身倦怠 肌肉酸痛 關節酸痛 喉嚨痛 流鼻水、鼻塞
- 咳嗽 呼吸困難 胸痛 嘔吐 腹瀉
- 尿量減少 下肢水腫 血尿
- 胸部影像學檢查(CXR 或 CT)顯示肺炎
- 其他 1 (請註明)，_____
- 其他 2 (請註明)，_____
- 其他 3 (請註明)，_____

(二) 發病期間就醫歷程 (如篇幅不足，請自行增列)

| 就醫日期(西元年/月/日) | 醫療院所名稱 | 型態 |
|---------------|--------|---|
| | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 |
| | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 |
| | | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 <input type="checkbox"/> 住院 |

(三) 是否有慢性疾病？ 否；是 (續填以下欄位，可複選)

- 精神疾病
- 神經肌肉疾病
- 氣喘
- 慢性肺疾(如支氣管擴張、慢性阻塞性肺疾等，氣喘除外)

- 糖尿病
- 代謝性疾病(如高血脂，糖尿病除外)
- 心血管疾病(高血壓除外)
- 肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
- 腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)
- 仍在治療中或未治癒之癌症
- 免疫低下狀態，說明：_____
- 肥胖(BMI \geq 30)
- 其他，說明：_____

三、 暴露來源調查(發病前 14 天)：

(一) 發病前 14 天內是否曾在國外旅遊或居住：否；是(續填以下欄位)

曾至之國家和地點(如篇幅不足，請自行增列)：

| 國家/城市 | 日期起迄 (西元年/月/日) | 旅遊型態或 目的 | 同行旅客(人) | 交通工具或 航班編號 |
|-------|-------------------|-------------|---------|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

同行者健康狀況：無症狀；有症狀，請註明_____

(二) 發病前 14 天內接觸史調查

是否有同住家屬或親友出現發燒：否；是，請註明_____

是否曾接觸未明原因急性呼吸道病例：否；是，請註明_____

(三) 發病前 14 天內之活動史調查：

是否曾至中國武漢市：否；是，地點_____；日期：____年__月__日

是否曾至中國武漢市華南海鮮市場：否；是，日期：____年__月__日

是否曾至醫療院所：否；是，醫療院所名稱：_____

日期：____年__月__日

(四) 發病前 14 天內之動物接觸史調查：

是否飼養任何動物(寵物)：否；是，請註明_____

是否曾接觸禽鳥、活禽市場或養禽場(雞鴨等禽類)：否；是，請註明_____

是否曾接觸畜牧場(豬、牛、羊及鹿等畜類)：否；是，請註明_____

是否曾接觸屠宰場：否；是，請註明_____

是否曾接觸或食用野生動物：否；是，請註明_____

是否有其他動物接觸史：否；是，請註明_____

四、 接觸者調查 (自個案發病日起至隔離前)：

(一) 自個案發病日起至隔離前，是否曾至國內公共場所或搭乘大眾交通工具？

否 ； 是 (續填以下欄位，如篇幅不足，請自行增列)：

| 日期起迄(西元年/月/日) | 縣市 | 地點/場所 | 交通工具 |
|---------------|----|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(二) 自個案發病日起至隔離前，曾有長時間 (大於 15 分鐘) 面對面之接觸者，或在無適當防護下提供照護、相處、接觸病患呼吸道分泌物或體液之醫療人員及同住家人 (如篇幅不足，請自行增列)：

| 接觸者類別 | 是否適用 | 總數 | 有症狀 人數 | 發燒人 數 | 備註 |
|---------------------|---|----|-----------|----------|----|
| 同住者 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |
| 同班機旅客(同排及前後各兩排，共五排) | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |
| 同病室病患 (含急診) | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |
| 照護醫療人員(含急門診和病房) | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |
| 其他接觸者(請註明)： | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |
| 其他接觸者(請註明)： | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |
| 其他接觸者(請註明)： | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |