

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				