

正本

發文方式：紙本遞送

檔 號：

保存年限：

高雄市醫師公會	
收	107.10.15日
文	字第1501號

高雄市政府衛生局 函

地址：80276高雄市苓雅區凱旋二路132之1號
 承辦單位：衛生局疾病管制處急性傳染病股
 承辦人：黃士峯
 電話：7134000#1228
 傳真：07-7131571
 電子信箱：feng1005@kcg.gov.tw

80148

高雄市前金區市中一路225號

受文者：高雄市醫師公會

發文日期：中華民國107年10月8日

發文字號：高市衛疾管字第10737623100號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：高雄市「人口密集機構等群聚感染高風險場域」就醫回條

主旨：為順展本市傳染病群聚疫情調查，惠請轉知所屬醫師協助填寫就醫回條，詳如說明段，請查照。

說明：

- 一、今(107)年本市類流感/上呼吸道感染、腹瀉、水痘疑似群聚事件已累計187件，惟疫情調查時發病個案往往無法提供正確之就醫診斷，增加衛生單位研判流行病學相關性之困難度。
- 二、為順展防疫判讀效率，本局將另函請學校、托嬰中心、人口密集機構等易發生群聚感染之高風險場域，若受照顧者出現症狀時應協助就醫，同時攜帶「高雄市人口密集機構等群聚感染高風險場域就醫回條」至醫療院所由醫師協助填寫，以便學校與機構於群聚發生第一時間即可提供正確之就醫診斷，俾利衛生單位釐清致病原並執行適當之防疫措施，以有效遏止疫情蔓延。

正本：高雄市醫師公會、高雄縣醫師公會、高雄市診所協會

副本：高雄市左營區衛生所、高雄市楠梓區衛生所、高雄市三民區衛生所、高雄市苓雅區衛生所、高雄市前鎮區衛生所、高雄市旗津區衛生所、高雄市小港區衛生所、高雄市三民區第二衛生所、高雄市鳳山區衛生所、高雄市岡山區衛生所、高雄市旗山區衛生所、高雄市美濃區衛生所、高雄市林園區衛生所、高雄市大寮區衛生所、高雄市大樹區衛生所、高雄市仁武區衛生所、高雄市大社區衛生所、高雄市鳥松區衛生所、高雄市橋頭區衛生所、高雄市燕巢區衛生所、高雄市田寮區衛生所、高雄市阿蓮區衛生所、高雄市路竹區衛生所、高雄市湖內區衛生所、高雄市茄萣區衛生所、高雄市永安區衛生所、高雄市彌陀區衛生所、高雄市梓官區衛生所、高雄市六龜區衛生所、高雄市甲仙區衛生所、高雄市杉林區衛生所、高雄市內門區衛生所、高雄市茂林區衛生所、高雄市桃源區衛生所、高雄市那瑪夏區衛生所、高雄市鼓山區衛生所、高雄市鳳山區第二衛生所、高雄市新興衛生所、本局疾病管制處(均含附件)

抄：列網站

2. 轉知院新

康維淑 10/15, 2018

局長黃志中

第1頁 共1頁

本業依分層負責規定授權業務主管判發

如於之

王欽弘 107/10/15

裝

訂

線

高雄市「人口密集機構等群聚感染高風險場域」 就醫回條

一、個案基本資料:(請機構或家屬填寫)

學校/機構名稱: _____	
通知(發現症狀)日期: _____年____月____日	
今日經觀察發現有_____症狀, 惠請儘速就醫, 俾瞭解正確病因並給予適當治療。	
姓 名:	班級/單位:
家屬姓名:	聯絡電話:

二、醫師診斷結果:(請醫師勾選)

※上呼吸道感染	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻涕 <input type="checkbox"/> 喉嚨紅腫 <input type="checkbox"/> 其他:		
※流 感	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 快篩 A 流 <input type="checkbox"/> 快篩 B 流 <input type="checkbox"/> 快篩陰性		
※腸 病 毒 ^註	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診	※腸 胃 炎 ^註	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診
※結 膜 炎	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診	※水 痘 ^註	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診
※其 他			

註:腸胃炎、腸病毒、水痘個案請依衛生單位之防疫規範或市府公告配合辦理。

三、醫師建議:(請醫師填寫)

- 建議住院/在家/單獨隔離室休養至症狀解除。
- 依據衛生單位/機構/學校之防疫規範或市府公告, 落實自主健康管理與防治措施。
- 可正常上班/學或返回機構, 建議採取適當防護措施(如戴口罩等)並配合衛生單位/機構/學校之防疫處置。
- 其他:

醫療機構名稱: _____

就診日期: _____年____月____日

醫師簽章: _____