

懷疑殘疾人士院舍內集體感染傳染病呈報表格

懷疑殘疾人士院舍內集體感染傳染病 呈報表格

致：衛生防護中心中央呈報辦公室（傳真：2477 2770）

副本送：社會福利署殘疾人士院舍牌照事務處（傳真：2153 0071）

院舍名稱：_____（牌照處檔號：_____）

院舍地址：_____

院舍聯絡人：_____（職位：_____）電話：_____

院友總數：_____ 員工總數：_____ 傳真：_____

患病院友人數：_____（入住醫院人數：_____）

患病員工人數：_____（入住醫院人數：_____）

病者普遍病徵：發燒 喉嚨痛
（可選多項）咳嗽 流鼻水
腹瀉 嘔吐
皮膚紅疹 手／足出現水疱 口腔潰瘍
其他（請列明：_____）

懷疑傳染病是：_____

呈報者姓名：_____

電話：_____

簽名：_____

傳真日期：____年____月____日

查詢請致電：2477 2772