

表單名稱	防疫檢體送驗單	發行日期：100.1.27
表單編號	YLSHB-R-116	版次：7.0

送驗疾病項目	第一類傳染病	第二類傳染病	第三類傳染病	第四類傳染病	第五類傳染病	其他傳染病
	<input type="checkbox"/> 天花 <input type="checkbox"/> 嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) <input type="checkbox"/> H5N1 流感 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 鼠疫 <input type="checkbox"/> 炭疽病	<input type="checkbox"/> 傷寒 <input type="checkbox"/> 副傷寒 <input type="checkbox"/> 霍亂 <input type="checkbox"/> 桿菌性痢疾 <input type="checkbox"/> 阿米巴痢疾 <input type="checkbox"/> 瘧疾 <input type="checkbox"/> 腸道出血性大腸桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 白喉 <input type="checkbox"/> 流行性腦脊髓膜炎 <input type="checkbox"/> 多重抗藥性結核病 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺症(含急性無力肢體麻痺) <input type="checkbox"/> 急性病毒性 A 型肝炎 <input type="checkbox"/> 德國麻疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 登革熱 <input type="checkbox"/> 西尼羅熱 <input type="checkbox"/> 屈公病 <input type="checkbox"/> 流行性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> 漢他病毒症候群	<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 退伍軍人病 <input type="checkbox"/> 淋病 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 新生兒破傷風 <input type="checkbox"/> 癩病 <input type="checkbox"/> 侵襲性 b 型嗜血桿菌感染症 <input type="checkbox"/> 結核病(除多重抗藥性結核病外) <input type="checkbox"/> 先天性德國麻疹症候群 <input type="checkbox"/> 日本腦炎 <input type="checkbox"/> 急性病毒性肝炎_____(B/C/D/E) 型 <input type="checkbox"/> 腸病毒感染症併發重症	<input type="checkbox"/> 肉毒桿菌中毒 <input type="checkbox"/> 兔熱病 <input type="checkbox"/> 貓抓病 <input type="checkbox"/> 類鼻疽 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病 <input type="checkbox"/> 萊姆病 <input type="checkbox"/> 侵襲性肺炎鏈球菌感染症 <input type="checkbox"/> 弓形蟲感染症 <input type="checkbox"/> 地方性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> Q 熱 <input type="checkbox"/> 恙蟲病 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流感併發重症 <input type="checkbox"/> 庫賈氏病 <input type="checkbox"/> 疱疹 B 病毒感染症	<input type="checkbox"/> 裂谷熱 <input type="checkbox"/> 馬堡病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 伊波拉病毒出血熱 <input type="checkbox"/> 拉薩熱	<input type="checkbox"/> 鸚鵡熱 <input type="checkbox"/> 第二型豬鏈球菌感染症 <input type="checkbox"/> 病毒性腸胃炎 <input type="checkbox"/> 亨德拉/立百病毒感染症 <input type="checkbox"/> 愛滋病 <input type="checkbox"/> 腸道寄生蟲病 <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請註明)  <input type="checkbox"/> 新生兒愛滋篩檢計畫

主要症狀 (請儘量詳實填具)：	<input type="checkbox"/> 症狀通報 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 不明原因發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽持續三周以上 <input type="checkbox"/> H5N1 流感 (符合本局 <u>調查/疑似可能病例</u> 之通報定義者)	<input type="checkbox"/> 類流感 <input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 腸病毒
-----------------	--	---

採檢前是否投藥： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有：_____ (藥物名稱)	衛生局收件日期：_____年_____月_____日
是否為屍體檢體： <input type="checkbox"/> 不是 <input type="checkbox"/> 是	衛生所收件日期：_____年_____月_____日

報告醫療院所：(必填)	送驗機關： <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 衛生局(所)(必填)	AFP 檢體溫度指示片：(疾管局使用,勿填) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> NC
診斷醫師：(必填)	送驗人：(必填)	疾管局檢體收件不良項目 (疾管局使用,勿填) <input type="checkbox"/> 檢體容器破損或滲漏, <input type="checkbox"/> 採檢容器不正確, <input type="checkbox"/> 運送溫度不合規定, <input type="checkbox"/> 送驗檢體種類不符, <input type="checkbox"/> 檢體送驗時效不當, <input type="checkbox"/> 送驗單有未填寫項目, <input type="checkbox"/> 未黏貼 Barcode, <input type="checkbox"/> 未完成送驗單登錄
電話：( ) 轉 (必填)	電話：( ) 轉 (必填)	
傳真：( ) 轉 (必填)	傳真：( ) 轉 (必填)	

姓名	個案或接觸者	性別	出生年月日	發病月日	採檢月日	採檢次數	全血	血清	糞便	肛門拭子	咽喉拭子	鼻咽拭子	腦脊髓液	尿液	痰	菌株(註九)	其他(請註明)	條碼	實驗室檢體編號		再採檢(日期)	備註(註四至註六)	
																			婚姻狀況(註三)	檢驗結果			病原體確認
身分證號碼	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處	Lab.No	Lab.No		
聯絡電話																			條碼黏貼處				

國際港埠採取瘧疾血液者須加填完整右邊資料	來自地區	進入疫區日期	年 月 日	除發燒外 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 無 ) 惡寒症狀	<input type="checkbox"/> 曾經 ( <input type="checkbox"/> 未曾 ) 罹患瘧疾
	採檢人	發燒開始日期	年 月 日	<input type="checkbox"/> 曾服用 ( <input type="checkbox"/> 未服用 ) 瘧疾藥物	

表單名稱	防疫檢體送驗單	發行日期：100.1.27
表單編號	YLSHB-R-116	版次：7.0

疾病管制局收件日期

期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 共\_\_\_\_\_頁

管檢字第\_\_\_\_\_號 第\_\_\_\_\_頁

姓名	個案或接觸者	性別	出生年月日	發病月日	採檢月日	採檢次數	全血	血清	糞便	肛門拭子	咽喉拭子	鼻咽拭子	腦脊髓液	尿液	痰	菌株(註九)	其他(請註明)	條碼	實驗室檢體編號		再採檢(日期)	備註(註四至註六)	
																			檢驗結果				
身分證號碼	婚姻狀況(註三)	現在住址																病原體確認	血清學結果				
聯絡電話																		Lab.No	Lab.No				
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處	Lab.No	Lab.No		
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處				
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處	Lab.No	Lab.No		
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處				
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處	Lab.No	Lab.No		
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處				
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處	Lab.No	Lab.No		
	<input type="checkbox"/> 個案 <input type="checkbox"/> 接觸者																		條碼黏貼處				

表單名稱	防疫檢體送驗單	發行日期：100.1.27
表單編號	YLSHB-R-116	版次：7.0

### 填 表 說 明

1. 本送驗單一式三聯係送驗時填寫，各欄務請詳查填妥，不可漏缺，第一聯隨檢體送衛生署疾病管制局，第二聯存衛生局，第三聯存採檢單位。
2. 同一個案若有多樣檢體，每樣檢體請各填一列及黏貼不同條碼，以利登記檢驗結果。
3. 愛滋病個案婚姻狀況：未婚、離婚、有偶、喪偶；請在備註欄內註明。
4. 食物中毒案件如有併送檢體至衛生署藥物食品檢驗局，台北市、高雄市衛生局，或其他單位時，請於備註欄中註明。
5. 檢體若非患者本人，請於備註欄內註明。「xx患者之妻子、兒子……」等關係之稱謂。
6. 如屬環境檢體者，請在備註欄內註明所屬調查個案之姓名、採檢地點。
7. 採檢前請詳閱衛生署疾病管制局最新版本「防疫檢體採檢手冊」之規定事項。
8. 本送驗單副頁係提供較多案件時，連接首頁後使用。
9. 菌株時請註明來源：如糞株，血液株或其他。