

高雄市政府社會局委託辦理高雄市○○中心
就醫回條(範例)

一、個案基本資料：(請家長或托嬰中心填寫)

姓名：	出生日期： 年 月 日
身分證字號：	班級：
家長姓名：	聯絡電話：
發病日(出現發燒、紅疹、口腔潰瘍或水泡等症狀的第一天)：____月____日	

二、醫師檢查結果：

➤ 上呼吸道感染	<input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喉嚨紅腫 <input type="checkbox"/> 呼吸急促 <input type="checkbox"/> 流鼻涕		
➤ 腸病毒	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診	➤ 水痘	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診
➤ 病毒性腸胃炎	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診	➤ 感冒性腸胃炎	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診
➤ 結膜炎	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診	➤ 流感(A;B)	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診
➤ 登革熱	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診	➤ 玫瑰疹	<input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 確診
➤ 其他			

三、醫師建議：

- 法定傳染病高傳染力，需在家自主管理7天，若情況未改善，請速至大醫院。
- 目前具傳染力，建議在家自主管理至病症解除，並持續門診追蹤。
- 可正常上學，但仍建議托嬰中心採取防疫措施。
(戴口罩、分區照顧、單獨空間照顧)
- 其他：

就診日期：____年____月____日

院所名稱：_____

醫師簽章：_____