高雄市國際移工健康管理暨友善醫療院所服務網

就醫回執聯

一、個案基本資料:(由機構/單位填寫)

通知(發現症狀)日期:_____年_____月_____日	
今日該員在本機構/單位經觀察發現有_____症狀,請儘速就醫,俾瞭解正確病因並給予適當治療。	
工作者姓名:	工作者聯絡方式:
服務單位聯絡窗口:	服務單位聯絡電話:

二、醫師診斷結果:(請醫師勾選)

※上呼吸道感染	☐ 急性上呼吸道感染 ☐ 其他:		
※流 感	☐ 疑似 ☐ 快篩 A 流 ☐ 快篩 B 流 ☐ 快篩陰性		
※結 核 病	☐ 疑似	※腸 胃 炎	☐ 疑似 ☐ 確診
※茲卡病毒感染症	☐ 通報 ☐ 採檢(血液+尿液)	※屈 公 病	☐ 通報 ☐ 採檢
※登 革 熱	☐ 通報 ☐ 快篩陽性 ☐ 快篩陰性	※其他:	

三、醫師處置

- 篩檢/採檢項目: 登革熱 流感 糞便檢體(阿米巴) 胸部 X 光
- 治療項目 : 開立口服藥 抗生素或針劑/點滴注射
- 其他 :

四、醫師建議:(請醫師填寫)

- 建議在宿舍休息至症狀解除 建議上轉友善醫院
- 建議隔離治療(疑似登革熱、屈公、Zika、結核病個案,建議隔離至檢驗結果出爐)
- 可正常上班,建議採取適當防疫措施(如戴口罩等)
- 其他 :

醫療機構名稱:_____ 醫師簽章:_____

就診日期:_____年_____月_____日