

高雄市嚴重特殊傳染性肺炎後送就醫(轉介)處理單

處理日期：110 年 月 日

修訂日期：109.09.29

入案來源	<input type="checkbox"/> 1922 <input type="checkbox"/> 1999 <input type="checkbox"/> 民政局 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 轉診診所 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
個案資料			
個案姓名 /ID		生日	年 月 日
國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍	檢疫中	<input type="checkbox"/> 居家隔離 <input type="checkbox"/> 居家檢疫 <input type="checkbox"/> 自主管理 <input type="checkbox"/> 社區監控
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	聯絡手機	
居家住址	高市 區 里 路(街) 巷 弄 號 樓		
出入境資料			
出入境	月 日至 月 日	出國地點	
備註	轉機： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有地點：_____		
個案症狀評估			
疑似新冠感 染症狀	<input type="checkbox"/> 發燒 _____ <input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨癢 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 有痰 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 呼吸喘 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 嗅覺/味覺異常 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
非符合新冠感 染症狀	<input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胸悶 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 全身倦怠無力 <input type="checkbox"/> 皮膚癢疹 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 自費採檢 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
就醫處理	<input type="checkbox"/> 符合新冠感染症狀通報 <input type="checkbox"/> 不符合新冠感染症狀，因症急需就醫 <input type="checkbox"/> 不符合上述二者，可俟居家檢疫後就醫(如健康檢查、手術) <input type="checkbox"/> 症狀已改善，評估後暫不需就醫		
後送醫院	醫院		
交通工具	去 醫 院	<input type="checkbox"/> 消防局 119 車牌 _____ <input type="checkbox"/> 防疫計程車 車牌 _____	
	回 程	<input type="checkbox"/> 消防局 119 車牌 _____ <input type="checkbox"/> 防疫計程車 車牌 _____	
轉介 人員		就醫 轉銜人員	