

調查日期：_____年__月__日
調查人/單位：

猴痘疫調單

1、基本資料：

(1) 通報資料

法傳編號		通報日期 (西元年)	_____年__月__日
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期 (西元年)	_____年__月__日	國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其他，國籍：
發病日期 (西元年)	_____年__月__日	是否為醫療機構人員*	<input type="checkbox"/> 否； 是，職稱：

註：*醫療機構人員包含：醫師、護理師、其他醫事人員、醫學院學生、醫院志工、清潔人員、外包人員、醫院餐廳員工、與救護人員等。

(2) 職業及身分別(可複選)

- 學生 教保/托育人員 現役軍人 廚師 餐飲從業人員
飯店/旅館業之員工 溫泉/SPA/泳池/三溫暖之員工
農業 漁業 伐木業 營造業 畜牧業(含牛、羊、豬) 屠宰業
禽畜相關從業人員 獸醫師 實驗室工作人員
看護人員 養老院/養護中心之員工 救護人員 醫事人員 醫護人員
醫療廢棄物清潔人員 性工作者 水塔/水池清潔人員 職業駕駛
新住民之子女， 父母國籍為：_____ 無業
其他， 說明

(三) 性行為模式

- 從未發生性行為
同性間性行為
異性間性行為
雙性間性行為
其他，說明

2、臨床狀況：

(一) 症狀 (初始症狀或疾病過程中曾出現)

- 皮膚疹(除口腔與生殖器外) 口腔皮膚病灶 生殖器皮膚病灶 發燒
全身淋巴結腫大 局部淋巴結腫大 咳嗽 畏寒 喉嚨痛

- 肌肉酸痛 腹瀉 噁心/嘔吐 結膜炎 頭痛
 關節痛 全身倦怠 其他 (請註明),

最早出現症狀之日期：(西元年) _____ 年 ____ 月 ____ 日

最早出現皮疹之日期：(西元年) _____ 年 ____ 月 ____ 日

(二) 發病期間就醫歷程 (含確診後安排就醫院所, 如篇幅不足, 請自行增列)

否; 是 (續填以下欄位, 可複選)

門診就醫?

醫療院所名稱	日期(西元年/月/日)

住院治療?

醫療院所名稱	型態	就醫日期(西元年/月/日) (住院中不用填結束日期)	備註 (非必填)
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	_____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日	
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	_____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ _____ 年 ____ 月 ____ 日	

(三) 是否有慢性疾病及相關危險因子? 否; 是 (續填以下欄位, 可複選)

- 精神疾病
 神經肌肉疾病
 氣喘
 慢性肺疾(如支氣管擴張、慢性阻塞性肺疾等, 氣喘除外)
 糖尿病
 代謝性疾病(如高血脂, 糖尿病除外)
 心血管疾病(高血壓除外)
 肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
 腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)

- 仍在治療中或未治癒之癌症
- 免疫低下狀態，說明：
- 懷孕：週數(週)
- 肥胖(BMI ≥ 30)
- 其他，說明

(四) 是否曾接種天花或猴痘疫苗? 否; 是 (續填以下欄位)

接種原因:

- 過去曾接種，與本次事件無關
- 因本事件接種暴露前預防疫苗，疫苗名稱_____，接種日期_____
- 因本事件接種暴露後預防疫苗，疫苗名稱_____，接種日期_____

(五) 是否同時或三個月內曾診斷其他性病? 否; 是 (續填以下欄位)

- 披衣菌感染
- 淋病
- 生殖器疱疹
- 性病淋巴肉芽腫 (Lymphogranuloma venereum, LGV)
- 生殖道黴漿菌(Mycoplasma genitalium)
- 陰道滴蟲
- 生殖器疣
- HIV 感染，CD4 細胞數目：_____
- 梅毒

(六) 是否接受猴痘抗病毒藥物治療? 否; 是 (續填以下欄位)

- Tecovirimat
- Brincidofovir
- Cidofovir
- Vaccinia Immune Globulin Intravenous (VIGIV)
- 其他，說明：_____

3、發病前出國史及接觸史調查：

(1) 發病前 21 天內是否曾出國: 否 ; 是 (續填以下欄位)

曾至之國家和地點(如篇幅不足，請自行增列)：

國家/城市	日期起迄 (西元年/月/日)	出國型態或目的	交通工具或 航班編號及 座位
	_____年__月__日 ~ _____年__月__日	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 經商 <input type="checkbox"/> 探親 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 其他，請註明	

	_____年__月__日 ~ _____年__月__日	<input type="checkbox"/> 旅遊 <input type="checkbox"/> 經商 <input type="checkbox"/> 探親 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 其他，請註明
--	-----------------------------------	--

同行者健康狀況：無症狀；有症狀，請註明

(2) 發病前 21 天內接觸史調查：

是否曾接觸有猴痘類似症狀或確定病例：否；是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所為：同住 同處工作 校園 醫療院所
其他（如派對、酒吧或大型活動等），請註明

接觸起迄日期：_____年__月__日至_____年__月__日

是否曾接觸猴痘極可能或確定病例之呼吸道分泌物、體液（包含實驗室檢體）：

否；是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所為：同住 同處工作 校園 醫療院所
其他，請註明

接觸起迄日期：_____年__月__日至_____年__月__日

(3) 發病前 21 天是否曾至醫療院所：否；是（續填以下欄位，如篇幅不足，請自行增列）

門診就醫？

醫療院所名稱	日期(西元年/月/日)

住院治療？

醫療院所名稱	型態	就醫日期(西元年/月/日) (住院中不用填結束日期)	備註(非必填)
	<input type="checkbox"/> 普通病房 <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 急診	_____年__月__日~ _____年__月__日	

	<input type="checkbox"/> 普通病房	_____年__月__日~	
	<input type="checkbox"/> 加護病房	_____年__月__日	
	<input type="checkbox"/> 負壓隔離房		
	<input type="checkbox"/> 急診		

(4) 發病前 21 天內之動物接觸史調查：

是否飼養或接觸任何寵物(除齧齒目外)： 否 ； 是，請註明

是否飼養或接觸任何齧齒目寵物： 否 ； 是，請註明

是否曾接觸或食用野生動物： 否 ； 是，請註明

是否有其他動物接觸史： 否 ； 是，請註明_____

4、發病後活動史與接觸者調查(接觸者定義請參照指引)：

(1) 個案發病日起至隔離前活動史調查 (如篇幅不足，請自行增列)：

時序	日期	國家/縣市	地點/場所	交通工具
發病當日				
發病後第 1 日				
發病後第 2 日				
發病後第 3 日				
發病後第 4 日				
發病後第 5 日				

(2) 自個案發病日起至隔離前接觸者調查：(如篇幅不足，請自行增列)：

接觸者類別	是否適用	總數	有症狀人數	備註
同住者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
同班機旅客或機組人員	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
性接觸者	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			
其他接觸者(如同病室、照護醫療人員、 職場密切接觸者，請註明)：	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			

5、備註(其他補充事項)