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	□男 □女
出生日期 (西元年)	_____年___月____日	國籍	□本國籍 □其他，國籍：
發病日期 (西元年)	_____年___月____日	是否為醫療機構人員*	□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）
	□ 普通病房 □ 加護病房 □ 負壓隔離房 □ 急診	_____年___月____日~ _____年___月____日	
	□ 普通病房 □ 加護病房 □ 負壓隔離房 □ 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	□ 旅 遊 □ 經 商 □ 探 親 □ 就 學 □ 居 住 □ 其 他，請註明	

	_____年___月____日 ~ _____年___月____日	□ 旅 遊 □ 經 商 □ 探 親 □ 就 學 □ 居 住 □ 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）
	□ 普通病房 □ 加護病房 □ 負壓隔離房 □ 急診	_____年___月____日~ _____年___月____日	

	□ 普通病房 □ 加護病房 □ 負壓隔離房 □ 急診	_____年___月____日~ _____年___月____日	

(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(除嚙齒目外)：□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	□否 □是			
同班機旅客或機組人員	□否 □是			
性接觸者	□否 □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)：	□否 □是			

5、備註 (其他補充事項)