

高雄市就醫民眾 TOCC 檢核表 113 年版

病患姓名：

身份證字號：

居住地：_____區_____里

工作地（就學地）：_____區_____里

是否有以下症狀	是	否
(1)發燒		
(2)疼痛：背痛、肌痛、骨痛、眼痛		
(3)腸胃不適：噁心、嘔吐		
(4)皮疹（通常在燒退時）		
出現不舒服前兩週內，是否曾經到過		
(1)東南亞		
(2)其他		
兩週內，曾經被蚊子叮咬？		
家人、同事(學)是否有發燒或其他不舒服症狀？		
家人、同事(學)、鄰居是否有人確診？		

檢核者簽名：_____ 日期：_____

檢核者身份（擇一）：

☐病人本人 ☐病人之親友 ☐醫護人員 ☐其他