成州附幼疑似傳染病通報單~**紅眼症**

本通報單由班級導師填寫完畢交付教保組、主任核章，影印副本送交學務處、校護，正本經由學務處、校護核章後由幼兒園留存備查

|  |  |
| --- | --- |
| 症狀相關 | □眼睛紅 □結膜充血 □分泌物增加 □怕光  □流淚 □淋巴腫大 |
| 個案資料 | 班級: □太陽班 □彩虹班 座號: 號  姓名: 性別: □男 □女  出生日期: 民國 年 月 日  家長姓名手機: 父-  母-  家中電話:  其他親屬手機: |
| 疾病紀錄 | 發病日期:民國 年 月 日  是否就診: □是(續填) □否  就診日期: 民國 年 月 日  醫院診所名稱電話:  看診醫師:  臨床診斷: □急性出血性結膜炎(紅眼症) □其他:  個案家人有無症狀: □有 □無 □不確定  是否請假: □是(續填) □否  請假日期: 民國 年 月 日  復課日期: 民國 年 月 日  全班人數:  個案請假日期當天全班病假人數:  是否參加課後輔導: □是(續填) □否  課後安親班名稱電話: |
| 處理情形 | □班級消毒 □班級衛教宣導 □其他:  □學務處校安通報-**學務主任簽章:**  □校護疑似傳染病通報-**校護簽章:** |

**導師: 教保組: 幼兒園主任:**