

# 醫療院所通報嚴重特殊傳染性肺炎(併發症)個案作業方式

112/3/20 訂定

配合嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心修訂公布之「嚴重特殊傳染性肺炎」病例定義為併發症，傳染病通報系統(下稱 NIDRS)新增「嚴重特殊傳染性肺炎(併發症)」通報項目，醫療院所自 112 年 3 月 20 日(含)起，發現符合通報定義者，請比照法定傳染病個案通報方式辦理通報作業，方式說明如下：

## 注意事項：

1. 自 112 年 3 月 20 日起，「健保卡資料上傳 COVID-19 檢驗結果通報機制」非「嚴重特殊傳染性肺炎(併發症)」通報方式，請依本作業規定方式完成通報。
2. 自 112 年 3 月 27 日起，NIDRS 系統之 COVID-19 快速通報、COVID-19 批次維護、COVID-19 批次轉介、未自動產製健保 IC 卡通報單原因查詢功能、跳轉 MBBS 服務等功能關閉。

## 壹、網站通報：

### 一、NIDRS 網站通報：

(一)登入方式：如醫療院所具 NIDRS 帳號，可直接登入該系統(網址：<https://nidrs.cdc.gov.tw/>)，點選「新增通報單」，進行個案通報作業。



(二)資料登打方式：

1. **通報單位資料**：請確認「通報單登錄者姓名」及「通報者聯絡電話」，填寫「診斷醫師」。
2. **個案資料**：
  - (1) 請填寫「身分證統一編號/外來人口之居留證統一證號、護照號碼」、「個案姓名」、「性別」、「出生日期」、「手機」、「聯絡電話(公司或個案住家)」、「居住縣市」、「鄉鎮市區」、「個案是否死亡」等**紅色星號(\*)**標示之必填欄位。

| 個案資料                                                                          |                                    |                                                        |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| 身分證統一編號/外來人口之居留證統一證號、護照號碼 * 必填欄位                                              |                                    | 個案姓名 * 必填欄位                                            | 姓名羅馬拼音                                  |
| <input type="text"/>                                                          |                                    | <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>                    |
| 性別                                                                            | 出生日期 * 必填欄位                        | 國籍                                                     | 國家                                      |
| <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女<br><input type="radio"/> 第三性別 | <input type="text" value="年/月/日"/> | <input type="radio"/> 本國籍 <input type="radio"/> 非本國籍   | <input type="text" value="請輸入中文或英文代碼"/> |
| 非本國籍居民身份                                                                      |                                    | 非本國籍居民身份說明                                             |                                         |
| <input type="text" value="請選擇"/>                                              |                                    | <input type="text" value="輸入內容"/>                      |                                         |
| 手機 * 必填欄位                                                                     |                                    | 聯絡電話(公司或個人住家) * 必填欄位                                   |                                         |
| <input ""="" type="text" value="輸入內容，若無此資訊，請填 " 無=""/>                        |                                    | <input ""="" type="text" value="輸入內容，若無此資訊，請填 " 無=""/> |                                         |
| + 新增一筆手機號碼                                                                    |                                    | + 新增一筆聯絡電話                                             |                                         |
| 居住縣市 *                                                                        | 鄉鎮市區 *                             | 居住村里                                                   |                                         |
| <input type="text" value="請選擇"/>                                              | <input type="text" value="請選擇"/>   | <input type="text" value="請選擇"/>                       |                                         |
| 街道地址                                                                          |                                    |                                                        |                                         |
| <input type="text" value="例：住家、飯店、人口密集機構或公司之村里街路門牌"/>                         |                                    |                                                        |                                         |
| 人口密集機構                                                                        |                                    | 機構類別                                                   |                                         |
| <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否                               |                                    | <input type="text" value="請選擇"/>                       |                                         |
| 婚姻狀況                                                                          |                                    |                                                        |                                         |
| <input type="text" value="請選擇"/>                                              |                                    |                                                        |                                         |

- (2) 如個案住院(含急診待床)，請於「病患動向」題組填入「急診待床」、「入住一般病房」、「入住加護病房」或「入住隔離病房」之狀態及其入住日期。**※請確實勾選個案住院項目(如下圖)，以利系統判讀及執行個案研判作業。**
- (3) 如個案死亡，請務必填寫「個案是否死亡」、「死亡日期」等欄位。**※請確實填寫個案死亡狀況(如下圖)，以利系統判讀及執行個案研判作業。**

**此為確定病例自動研判條件，如非死亡個案，請4擇1勾選**

病患動向  
☐ 門診 ☐ 急診待床 ☐ 入住一般病房 ☐ 入住加護病房 ☐ 入住隔離病房 ☐ 出院 ☐ 轉院 ☐ 無就醫

首次入住隔離病房日 轉出隔離病房日 首次入住加護病房日  
 年/月/日 年/月/日 年/月/日

入住一般病房日 出院日  
 年/月/日 年/月/日

轉至院所名稱 轉院日期  
 輸入內容 年/月/日

個案是否死亡\* 死亡日期  
☐ 是 ☐ 否 年/月/日

**此為確定病例自動研判條件，如為死亡個案，請務必填寫**

死亡原因 ⓘ

甲 乙 丙  
 輸入內容 輸入內容 輸入內容

### 3. 通報疾病資料：

- (1) 選擇疾病：請點選「選擇疾病」按鈕，並於「第五類法定傳染病」項下勾選「嚴重特殊傳染性肺炎(併發症)」，點選「確定」後再點選「下一步」，即會出現此疾病需填寫之疾病資料。

**選擇疾病**

依法定傳染病 依傳染途徑 重點監視項目

第一類法定傳染病 第二類法定傳染病 第三類法定傳染病 第四類法定傳染病  
 第五類法定傳染病

☐ 黃熱病 ☐ 裂谷熱  
☐ 伊波拉病毒感染 ☐ 拉薩熱  
☐ 嚴重特殊傳染性肺炎(併發症) ☐ 嚴重特殊傳染性肺炎 **3/27起關閉**  
☐ 新型A型流感 ☐ 中東呼吸症候群冠狀病毒感染症

**個案採檢日為3/20(含)以後且符合中重症病例定義者，請勾選「嚴重特殊傳染性肺炎(併發症)」項目通報**

確認 取消

- (2) 相關日期/臨床症狀/流行病學資料：請填寫「發病日期」、「診斷日期」、「報告日期」、「有無症狀/主要症狀」、「職業」、「旅遊史」、「慢性疾病病史及相關危險因子」等紅色星號(\*)標示之必填欄位。※請確實勾選個案出現之主要症狀，並確認是否有「其他新冠病毒感染相關併發症」(如下圖)，以利系統判讀及執行個案研判作業。

| 臨床症狀                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 有無症狀* <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | 此為確定病例自動研判條件，如個案有發燒或呼吸道症狀(含呼吸困難、咳嗽、流鼻水、喉嚨痛)，請5擇1勾選                                                                                                                                                                                                                                             |
| 主要症狀                                                             | <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 流鼻水 <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 腹瀉 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 關節痛 |
|                                                                  | <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> X光片顯示肺炎 <input type="checkbox"/> 全身倦怠 <input type="checkbox"/> CT顯示肺炎 <input type="checkbox"/> 嗅覺異常 <input type="checkbox"/> 味覺異常 <input type="checkbox"/> 其他新冠病毒感染相關併發症                                                                  |
| 其他症狀                                                             | <input type="text" value="輸入內容"/>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 此為確定病例自動研判條件，如個案有其他併發症，請務必勾選「其他新冠病毒感染相關併發症」                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

- (3) 通報時檢驗資料：請填入「醫事人員執行抗原快篩結果」、「醫事人員執行核酸檢測(PCR)結果」，包含檢驗結果、採檢日、檢驗單位名稱、報告日。※依據病例定義，系統將檢核僅有抗原快篩或 PCR 結果為陽性者始可通報。

| 通報時檢驗資料                                                                                                                        |                                    |        |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------|---------------------------------------|
| (1) 醫事人員執行抗原快篩結果*                                                                                                              |                                    |        |                                       |
| <input type="radio"/> 陽性(+)positive <input type="radio"/> 陰性(-)negative <input type="radio"/> 未檢驗 <input type="radio"/> 尚無檢驗結果 |                                    |        |                                       |
| 採檢日                                                                                                                            | <input type="text" value="年/月/日"/> | 檢驗單位名稱 | <input type="text" value="輸入檢驗單位名稱"/> |
|                                                                                                                                |                                    | 報告日    | <input type="text" value="年/月/日"/>    |
| (2) 醫事人員執行核酸檢測(PCR)結果*                                                                                                         |                                    |        |                                       |
| <input type="radio"/> 陽性(+)positive <input type="radio"/> 陰性(-)negative <input type="radio"/> 未檢驗 <input type="radio"/> 尚無檢驗結果 |                                    |        |                                       |
| 採檢日                                                                                                                            | <input type="text" value="年/月/日"/> | 檢驗單位名稱 | <input type="text" value="輸入檢驗單位名稱"/> |
|                                                                                                                                |                                    | 報告日    | <input type="text" value="年/月/日"/>    |

- (4) 個案狀況維護與補充資料：
- 如個案收治於醫院，請將收治隔離起日、隔離迄日、收治醫院名稱等資訊，輸入「收治隔離情形」題組中，通報單儲存後由傳染病通報系統可輔助將資料傳送至開單系統，開立電子隔離治療通知書、解除隔離治療通知書。
  - 請於「侵入性治療」/「是否肺炎需氧治療」欄位勾選個案是否有肺炎需氧氣治療之情形。※請確實勾選，以利系統判讀及執行個案研判作業(如下圖)。

## 個案狀況維護與補充資料

### 收治隔離情形

指定訊息代收人或法定代理人姓名

指定訊息代收人或法定代理人手機

隔離起日

隔離迄日

收治隔離(治療)處所名稱

縣市

居家隔離地址或其他指定隔離處所



請選擇



+ 新增一筆資料

### 侵入性治療

是否插管 ☐ 是 ☐ 否 首次插管日

拔管日

是否使用ECMO ☐ 是 ☐ 否 首次使用ECMO日

移除ECMO日

是否肺炎需氧治療 ☐ 是 ☐ 否

此為確定病例自動研判條件，如  
個案因肺炎需氧氣治療，請務必  
勾選「是否肺炎需氧治療：是」

## 二、健保網域免帳號登入通報：

(一)登入方式：如醫療院所無 NIDRS 帳號，可先登入健保 VPN 網域後，再使用【健保網域(VPN)免帳號通報入口】(網址：<https://nidrsvpn.cdc.gov.tw/>)，進入系統後，以「新增通報單」進行個案通報作業。

(二)資料登打方式：同「一、NIDRS 網站通報」方式辦理。

## 貳、運用醫院電子病歷自動通報(EMR)：

- 一、請現行參與 EMR 及新一代 EMR 之醫療院所，使用 EMR 方式通報。
- 二、請參與 EMR 之醫療院所儘速依輔導廠商窗口提供之新版工作說明書，儘速配合程式開發或設定，以利使用。

## 參、紙本傳真通報：

### 一、填寫紙本：

- (一)如醫療院所無 NIDRS 帳號，無法使用資訊系統鍵入報告者，得填寫「法定及新興傳染病個案(含疑似病例)報告單」(如附錄)。
- (二)請於紙本報告單之「備註」欄位明確填入「醫事人員執行抗原快篩陽性、採檢日期」、「醫事人員執行 PCR 陽性、採檢日期」等字樣，以利地方政府衛生局辨識(如下圖)。

二、提供地方衛生單位：以傳真或電子郵件等方式向地方政府衛生局提交書面報告單，必要時得以電話等方式先行報告及確認，報告資料由地方衛生局鍵入傳染病通報系統。

三、惟使用紙本傳真通報後需由衛生單位登錄於 NIDRS，以此方式通報較難符合通報時效，建議盡量不使用此方式通報。

# 法定及新興傳染病個案（含疑似病例）報告單

請保護病人隱私權

修訂日：112/01

|                |            |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                   |            |                                                                          |          |                 |                 |   |
|----------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----------------|---|
| 通報單位<br>資料     | 單位<br>名稱   |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                   | 醫事機<br>構代碼 |                                                                          |          | 通報者<br>電話       |                 |   |
|                | 診斷<br>醫師   |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                   | 單位<br>地址   | 縣<br>市                                                                   | 鄉鎮<br>市區 | 街<br>路          | 段<br>巷          | 號 |
| 個案<br>資料       | 個案姓名       | 性別<br><input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 第三性別 |                                                                                                                                                                                                                   | 出生<br>日期   | ____年____月____日                                                          |          | 身分證字號/居留證號/護照號碼 |                 |   |
|                | 國籍         | <input type="checkbox"/> 本國籍<br><input type="checkbox"/> 非本國籍：____<br>身分：                    |                                                                                                                                                                                                                   | 電話         | 公司或住家<br>手機                                                              |          |                 |                 |   |
|                | 居住地址       | 縣<br>市                                                                                       | 鄉鎮<br>市區                                                                                                                                                                                                          | 村<br>里     | 街<br>路                                                                   | 段<br>巷   | 弄<br>號          | 樓<br>之          |   |
| 通報<br>疾病<br>資料 | 發病日期       | <input type="checkbox"/> 無發病日<br><input type="checkbox"/> 有：____年____月____日                  |                                                                                                                                                                                                                   | 診斷<br>日期   | ____年____月____日                                                          |          | 報告<br>日期        | ____年____月____日 |   |
|                | 衛生局<br>收到日 | ____年____月____日                                                                              |                                                                                                                                                                                                                   | 是否<br>死亡   | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是：____年____月____日 |          |                 |                 |   |
|                | 有無症狀       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：                                       |                                                                                                                                                                                                                   | 備註         | 「醫事人員執行抗原快篩陽性、採檢日000/00/00」<br>「醫事人員執行PCR陽性、採檢日000/00/00」                |          |                 |                 |   |
|                | 流病資料       | 職業                                                                                           | 旅遊<br>史<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 國內 <input type="checkbox"/> 國外 <input type="checkbox"/> 國外居住<br>地點：_____<br>起始日：____年____月____日 結束日：____年____月____日 |            |                                                                          |          | 接觸<br>史         |                 |   |

※ 傳染病突發流行，請先打電話通知當地衛生局，再至傳染通報系統

## 客服電話

如醫療院所遇有通報相關問題，請洽 NIDRS 客服詢問(電話 02-23959825 分機 3200)或客服信箱(cdcnidrs@cdc.gov.tw)。



# 法定及新興傳染病個案（含疑似病例）報告單

請保護病人隱私權

修訂日：112/03/20

※傳染病突發流行，請先打電話通知當地衛生局，再至傳染通報系統登打通報單內容、或以傳真、電子郵件傳送紙本通報資料。

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|
| 通報單位<br>資料     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 單位<br>名稱                                                                    |     |          | 醫事機<br>構代碼                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | 通報者<br>電話       |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 診斷<br>醫師                                                                    |     |          | 單位<br>地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 縣市                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 鄉鎮<br>市區        | 街<br>路          | 段<br>巷          | 號 |
| 個案<br>資料       | 個案姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                             |     | 性別       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br><input type="checkbox"/> 第三性別                                                                                                                                                                                                                                                | 出生<br>日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ____年____月____日 | 身分證字號/居留證號/護照號碼 |                 |   |
|                | 國籍                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本國籍<br><input type="checkbox"/> 非本國籍：____<br>身分：   |     | 電話       | 公司或住家                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                | 居住地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 縣市                                                                          |     | 鄉鎮<br>市區 | 村<br>里                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 街<br>路                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 段<br>巷          | 弄<br>號          | 樓<br>之          |   |
| 通報<br>疾病<br>資料 | 發病日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無發病日<br><input type="checkbox"/> 有：____年____月____日 |     |          | 診斷<br>日期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ____年____月____日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 | 報告<br>日期        | ____年____月____日 |   |
|                | 衛生局<br>收到日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ____年____月____日                                                             |     |          | 是否<br>死亡                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是：____年____月____日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                 |                 |   |
|                | 有無症狀                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：                      |     |          | 備註                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                | 流病資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 職業                                                                          | 旅遊史 |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 接觸史                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |                 |                 |   |
| 通報<br>疾病<br>項目 | 第一類傳染病：(24小時內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                             |     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 第三類傳染病：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                 |                 |   |
|                | <input type="checkbox"/> 鼠疫<br><input type="checkbox"/> 天花<br><input type="checkbox"/> 狂犬病<br><input type="checkbox"/> 嚴重急性呼吸道症候群                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                             |     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (一週內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |                 |                 |   |
|                | 第二類傳染病：(24小時內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                             |     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 結核病<br><input type="checkbox"/> 漢生病<br><input type="checkbox"/> 百日咳<br><input type="checkbox"/> 破傷風<br><input type="checkbox"/> 日本腦炎<br><input type="checkbox"/> 急性病毒性B型肝炎<br><input type="checkbox"/> 急性病毒性C型肝炎<br><input type="checkbox"/> 急性病毒性D型肝炎<br><input type="checkbox"/> 急性病毒性E型肝炎<br><input type="checkbox"/> 急性病毒性肝炎未定型<br><input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎<br><input type="checkbox"/> 腸病毒感染併發重症<br><input type="checkbox"/> 梅毒<br><input type="checkbox"/> 先天性梅毒<br><input type="checkbox"/> 淋病<br><input type="checkbox"/> 侵襲性b型嗜血桿菌感染症<br><input type="checkbox"/> 退伍軍人病<br><input type="checkbox"/> 先天性德國麻疹症候群<br><input type="checkbox"/> 新生兒破傷風 |                 |                 |                 |   |
|                | <input type="checkbox"/> 霍亂<br><input type="checkbox"/> 傷寒<br><input type="checkbox"/> 副傷寒<br><input type="checkbox"/> 桿菌性痢疾<br><input type="checkbox"/> 阿米巴性痢疾<br><input type="checkbox"/> 腸道出血性大腸桿菌感染症<br><input type="checkbox"/> 炭疽病<br><input type="checkbox"/> 白喉<br><input type="checkbox"/> 流行性腦脊髓膜炎<br><input type="checkbox"/> 急性無力肢體麻痺<br>(小兒麻痺症監視指標)<br><input type="checkbox"/> 麻疹<br><input type="checkbox"/> 德國麻疹<br><input type="checkbox"/> 登革熱<br><input type="checkbox"/> 西尼羅熱<br><input type="checkbox"/> 急性病毒性A型肝炎<br><input type="checkbox"/> 流行性斑疹傷寒<br><input type="checkbox"/> 瘧疾<br><input type="checkbox"/> 屈公病<br><input type="checkbox"/> 漢他病毒症候群<br><input type="checkbox"/> 茲卡病毒感染症<br><input type="checkbox"/> 猴痘 |                                                                             |     |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | (24小時內通報)<br><input type="checkbox"/> 人類免疫缺乏病毒感染(含母子<br>垂直感染及孕產婦疑似個案)<br><input type="checkbox"/> 後天免疫缺乏症候群                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | 第四類傳染病：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | (24小時內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 肉毒桿菌中毒 <input type="checkbox"/> 類鼻疽<br><input type="checkbox"/> 疱疹B病毒感染症 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病<br><input type="checkbox"/> 發熱伴血小板減少綜合症                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | (72小時內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 李斯特菌症                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | (一週內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 兔熱病 <input type="checkbox"/> 布氏桿菌病<br><input type="checkbox"/> 侵襲性肺炎鏈球菌感染症<br><input type="checkbox"/> 水痘併發症 <input type="checkbox"/> 恙蟲病<br><input type="checkbox"/> 地方性斑疹傷寒 <input type="checkbox"/> Q熱<br><input type="checkbox"/> 萊姆病 <input type="checkbox"/> 弓形蟲感染症<br><input type="checkbox"/> 流感併發重症 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | (一個月內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 庫賈氏病                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | 第五類傳染病：(24小時內通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 裂谷熱<br><input type="checkbox"/> 伊波拉病毒感染 <input type="checkbox"/> 馬堡病毒出血熱<br><input type="checkbox"/> 拉薩熱                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 嚴重特殊傳染性肺炎(併發症)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 新型A型流感<br><input type="checkbox"/> 中東呼吸症候群冠狀病毒感染症                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | 重點監視項目：(診斷後儘速通報)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                             |     |          | <input type="checkbox"/> 狂犬病毒檢驗 <input type="checkbox"/> 立百病毒感染症<br><input type="checkbox"/> 第二型豬鏈球菌感染症<br><input type="checkbox"/> 茲卡病毒篩檢<br><input type="checkbox"/> 孩童多系統炎症徵候群                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                 |                 |   |

以下為衛生單位填寫

|           |         |
|-----------|---------|
| 承辦（代填）人簽章 | 科（處）長簽章 |
|-----------|---------|

備註說明：

## 一、傳染病通報項目異動說明

1. 中華民國 111 年 6 月 23 日衛授疾字第 1110100867 號公告新增「猴痘」為第二類傳染病。
2. 中華民國 109 年 4 月 15 日衛授疾字第 1090100481 號公告新增「發熱伴血小板減少綜合症」為第四類傳染病。
3. 中華民國 109 年 1 月 15 日衛授疾字第 1090100030 號公告新增「嚴重特殊傳染性肺炎」為第五類傳染病。
4. 中華民國 108 年 3 月 29 日衛授疾字第 1080100423 號公告修正「茲卡病毒感染症」自第五類傳染病移列至第二類傳染病。
5. 中華民國 106 年 12 月 29 日衛授疾字第 1060101687 號及 1060101690 號公告新增「李斯特菌症」為第四類傳染病。
6. 中華民國 105 年 4 月 1 日部授疾字第 1050100423 號公告新增「先天性梅毒」為第三類傳染病。
7. 中華民國 105 年 2 月 2 日部授疾字第 1050100179 號公告修正「茲卡病毒感染症」自第二類傳染病移列至第五類傳染病。
8. 中華民國 105 年 1 月 22 日部授疾字第 1050100083 號公告新增「茲卡病毒感染症」為第二類傳染病。
9. 中華民國 104 年 3 月 23 日疾管防字第 1040200233 號函取消通報「登革出血熱/登革休克症候群」。
10. 中華民國 103 年 8 月 8 日部授疾字第 1030101208 號公告修正原「伊波拉病毒出血熱」更名為「伊波拉病毒感染」。
11. 中華民國 103 年 8 月 1 日部授疾字第 1030101132 號將第四類法定傳染病「流感併發症」修正為「流感併發重症」。
12. 中華民國 103 年 6 月 27 日部授疾字第 10301009927 號公告新增第五類傳染病「新型A型流感」，及移除第一類傳染病「H5N1 流感」及第五類傳染病「H7N9 流感」。
13. 中華民國 102 年 12 月 27 日部授疾字第 1020103975 號公告修正第四類傳染病「水痘」為「水痘併發症」。
14. 中華民國 102 年 6 月 7 日署授疾字第 1020100731 號公告將「新型冠狀病毒感染症」修正名稱為「中東呼吸症候群冠狀病毒感染症」，及將「貓抓病」及「NDM-1 腸道菌感染症」自第四類傳染病移除。
15. 中華民國 102 年 4 月 3 日署授疾字第 1020100463 號公告新增「H7N9 流感」為第五類傳染病。
16. 中華民國 102 年 3 月 14 日署授疾字第 1020100343 號公告修正原「新型冠狀病毒呼吸道重症」更名為「新型冠狀病毒感染症」。
17. 中華民國 102 年 1 月 24 日署授疾字第 1020100062 號公告修正「炭疽病」自第一類傳染病移列至第二類傳染病。
18. 中華民國 101 年 10 月 3 日署授疾字第 1010101167 號公告新增「新型冠狀病毒呼吸道重症」為第五類傳染病。
19. 中華民國 101 年 2 月 7 日署授疾字第 1010100098 號公告新增「布氏桿菌病」為第四類傳染病。
20. 中華民國 100 年 9 月 16 日署授疾字第 1000100896 號將第四類法定傳染病「流感併發重症」之名稱修正為「流感併發症」。
21. 中華民國 99 年 9 月 9 日署授疾字第 0990001077 號公告新增「NDM-1 腸道菌感染症」為第四類傳染病。
22. 中華民國 98 年 6 月 19 日行政院衛生署署授疾字第 0980000829 號公告修正H1N1 新型流感自第一類傳染病刪除，罹患流感併發重症屬H1N1 新型流感病毒感染者，請依第四類傳染病之報告時限、通報及相關防治措施規定辦理。
23. 中華民國 97 年 10 月 24 日署授疾字第 0970001187 號公告修正「癩病」名稱為「漢生病」、「腮腺炎」名稱為「流行性腮腺炎」；增列「人類免疫缺乏病毒感染」乙項為第三類傳染病。並自 2008 年 11 月 1 日起生效。

## 二、通報與採檢注意事項

1. 本通報單應依規定時限報告當地衛生局，報告方式優先至疾病管制署「傳染病通報系統」(網址：<https://NIDRS.cdc.gov.tw/>)鍵入報告資料，如有困難，可採電子郵件或傳真方式將通報單送當地衛生單位，由地方政府衛生局協助補登資料，如遇重大疫情請先以電話聯繫當地衛生單位。
2. 本通報單欄位為通報基本必要資訊，請務必詳細完整填寫；報告資料鍵入「傳染病通報系統」時，應依系統指示配合額外補充防疫所需資料，始能完成通報。
3. 發現疑似霍亂、傷寒、副傷寒、桿菌性痢疾、百日咳、流行性腦脊髓膜炎等急性細菌性傳染病，請於投藥前先採檢，有關檢體協助送檢或傳染病個案之採檢事宜，請參考衛生福利部疾病管制署「傳染病防治工作手冊」或逕洽當地衛生單位。
4. 通報急性病毒性D型、E型肝炎及未定型肝炎之個案，應送檢體至本署實驗室檢驗，其餘急性病毒性肝炎採檢事宜，請參考衛生福利部疾病管制署「傳染病檢體採檢手冊」辦理。
5. 人類免疫缺乏病毒感染：需經HIV-1/2 抗體確認檢驗或NAT確認為陽性，通報時請附加陽性檢驗報告或於備註欄註明確診檢驗方法及確認檢驗單位。後天免疫缺乏症候群：除需符合前述外，另患者必須出現念珠菌症、肺囊蟲肺炎等伺機性感染或CD4 值或CD4 比例符合通報檢驗條件，同時已排除急性初期感染，方可認定為已發病，並請加填「後天免疫缺乏症候群個案報告單」。母子垂直感染及孕產婦疑似個案：採疑似通報，請依對象加填「母子垂直感染之疑似個案報告單」或「孕產婦疑似感染人類免疫缺乏病毒報告單」。