

**限閱文件**  
**表格 2**  
**預防及控制疾病條例**  
**(第 599 章)**  
**非屬結核病的傳染病通知書**  
**受感染人士的詳情**

英文姓名：	中文姓名：	年齡/ 性別：	身份證/ 護照號碼：
住址：			電話號碼 (住宅)：
工作地點/ 就讀學校之名稱及地址：			(手提)：
職位/ 就讀班級：			(辦公室/ 學校/ 其他)：
被送往的醫院/ 診療所 (如有的話)：			醫院/ 急症室編號：

懷疑/ 證實於 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (日期：日/月/年) 患上以下疾病 [“✓”]

<input type="checkbox"/> 急性脊髓灰質炎(小兒麻痺) <input type="checkbox"/> 阿米巴痢疾 <input type="checkbox"/> 炭疽 <input type="checkbox"/> 桿菌痢疾 <input type="checkbox"/> 肉毒中毒 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 基孔肯雅熱 <input type="checkbox"/> 霍亂 <input type="checkbox"/> 社區型耐甲氧西林金黃葡萄球菌感染 <input type="checkbox"/> 克雅二氏症 <input type="checkbox"/> 登革熱 <input type="checkbox"/> 白喉 <input type="checkbox"/> 腸病毒 71 型感染 <input type="checkbox"/> 食物中毒 現時已知受影響人數: _____ 進食地點及地區 (如“旺角 XX 餐廳”) : _____ _____ _____ 進食日期: _____	<input type="checkbox"/> 乙型流感嗜血桿菌感染(侵入性) <input type="checkbox"/> 漢坦病毒感染 <input type="checkbox"/> 侵入性肺炎球菌病 <input type="checkbox"/> 日本腦炎 <input type="checkbox"/> 退伍軍人病 <input type="checkbox"/> 麻風 <input type="checkbox"/> 鉤端螺旋體病 <input type="checkbox"/> 李斯特菌病 <input type="checkbox"/> 瘡疾 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 腦膜炎雙球菌感染(侵入性) <input type="checkbox"/> 中東呼吸綜合症 <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 <input type="checkbox"/> 新型甲型流行性感冒 <input type="checkbox"/> 副傷寒 <input type="checkbox"/> 鼠疫 <input type="checkbox"/> 鸚鵡熱 <input type="checkbox"/> 寇熱 <input type="checkbox"/> 狂犬病 <input type="checkbox"/> 回歸熱	<input type="checkbox"/> 風疹(德國麻疹)及先天性風疹綜合症 <input type="checkbox"/> 猩紅熱 <input type="checkbox"/> 嚴重急性呼吸系統綜合症 <input type="checkbox"/> 嚴重新型傳染性病原體呼吸系統病 <input type="checkbox"/> 產志賀毒素大腸桿菌感染 <input type="checkbox"/> 天花 <input type="checkbox"/> 豬鏈球菌感染 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 傷寒 <input type="checkbox"/> 斑疹傷寒及其他立克次體病 <input type="checkbox"/> 病毒性出血熱 <input type="checkbox"/> 病毒性肝炎 <input type="checkbox"/> 西尼羅河病毒感染 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 黃熱病 <input type="checkbox"/> 寨卡病毒感染
--	--	---

由下述醫生根據《預防及控制疾病規例》作出通知

\_\_\_\_\_ (請用正楷填寫姓名) 醫生於 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (日期：日/月/年)

\_\_\_\_\_ 醫院 / 診療所 / 私人執業診所 \_\_\_\_\_ 病房 / 單位 / 專科

電話號碼：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_ (簽署)

附註：