

3. 個案最早出現之臨床症狀資料 (可複選)

肌肉痠痛 呼吸困難 咳嗽 流鼻水 喉嚨痛 發燒(38°C以上) 腹瀉

嘔吐 鼻塞 全身倦怠 其他症狀，說明：

最早出現症狀之日期：



4. 慢性病病史及相關危險因子?

無 (會清除下方答案) 有(若為有時，需選擇下列類別至少一項)

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)

腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析)

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:_____

5. 疫苗接種史

是否曾接種流感相關疫苗？ 是(請依下表格式填列最近 5 次接種紀錄) 否 不知

疫苗種類	接種日期(yyyy/mm/dd)	接種劑次	接種單位
<input type="checkbox"/> 季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> H5N1 流感疫苗			
<input type="checkbox"/> 季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> H5N1 流感疫苗			
<input type="checkbox"/> 季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> H5N1 流感疫苗			
<input type="checkbox"/> 季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> H5N1 流感疫苗			
<input type="checkbox"/> 季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> H5N1 流感疫苗			