

## 高雄市政府法定傳染病隔離治療建議單

報告單位	義大醫院	報告醫師	陳大砲
姓名	蘇小小	身分證字號/護照號碼	T123456789
住址	填寫病人現在居住地址		
診斷疾病	請醫師填寫病人診斷疾病		
病況說明	請醫師書寫病人病況(大約寫一下即可)		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">填寫隔離日期</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">蓋或簽醫師姓名</div>	
填報日期	中華民國 109 年 月 日	醫院簽章	(主治醫師簽章)

**以下為衛生局填寫**

是否同意隔離治療	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 不同意理由：_____
隔離治療機構名稱/地址	
隔離治療開始日期	中華民國 年 月 日

承辦人員核章：

承辦股長核章：

單位主管核章：