**屏東縣政府法定傳染病隔離治療建議單**

**醫院填寫**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告醫院 |  | 診斷醫師 | | |  |
| 病患姓名 |  | 身分證字號/護照號碼 | | |  |
| 住 址 |  | | | | |
| 診斷疾病 |  | | | | |
| 病況說明 |  | | | | |
| 醫院填報日期 | 中華民國 年 月 日 | | 醫院簽章 |  | |

**衛生局填寫**

|  |  |
| --- | --- |
| 是否同意隔離治療 | □同意 □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： 科長核章： 主管機關首長核章：