

法定傳染病隔離治療建議單

報告醫院		診斷醫師	
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	

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：_____
指定隔離治療機構名稱/地址	
隔離治療開始日期	中華民國 年 月 日

承辦人員核章：

承辦科(課)長核章：

主管機關首長核章：