

食源性疾病投诉表

通知日期：_____ 时间：_____

联系方式：

姓名：_____

地址：_____

电子邮箱：_____

电话号码：_____

食用食品：_____

食用时间：_____

是否有变更，或与菜单一致？ _____

出现了哪些症状： _____

症状何时开始？ _____

是否有共同就餐的其他人？ 他们中是否也有人生病？ _____

备注：

鼓励来电者同时联系当地卫生部门。当地卫生部门可根据所提供的信息判断是否发生食源性疾病暴发，并决定是否需要采取进一步措施。

当地卫生部门： _____

联系方式： _____

如收到 1 例以上类似疾病投诉，须向当地卫生部门报告。

