

식중독 신고서(FOODBORNE ILLNESS COMPLAINT FORM)

신고 날짜: _____ 시간: _____

연락처 정보:

이름: _____

주소: _____

이메일: _____

전화번호: _____

섭취한 음식: _____

섭취 시점: _____

메뉴와 변경 사항 또는 동일한가요? _____

발생한 증상: _____

증상 시작 시점: _____

동반 식사자가 있습니까? 동반 식사자 중 증상이 있습니까? _____

참고:

신고자에게 지역 보건부에도 연락할 것을 권장하십시오. 지역 보건부는 해당 정보를 활용하여 집단 발병 여부와 추가 조치 필요성을 판단할 수 있습니다.

지역 보건부: _____

연락처 정보: _____

동일한 증상의 질병 신고가 두 건 이상 접수될 경우 지역 보건소에 보고하십시오.

