



条件员工和食品员工面谈

本次面谈的目的是告知条件员工和食品员工，对所描述之过去和现状的负责人提出建议，
以便其采取适当的措施来防止食源性疾病的传播。

条件员工姓名 (正写) _____

食品员工姓名 (正写) _____

地址 _____

_____ 电话 _____ 日期 _____

你目前是否有以下任何症状： (划圈) 如果圈“是”，请注明发病日期

腹泻 是 否 _____

呕吐 是 否 _____

黄疸 是 否 _____

咽痛伴发热 是 否 _____

或者

在手、腕，暴露的身体部位或身体其他部分有开放性的，并有排水的受感染割伤或伤口、含脓病灶，或未盖好之伤口（如疖和受感染伤口，无论多小）

是 否 _____

在过去:

你是否曾经被诊断有伤寒热（伤寒） 是 否

如果是，诊断日期？ _____

过去三个月内，你是否有服用抗伤寒沙门菌的抗生素？ 是 否

如果是，服用了抗伤寒沙门菌的抗生素多少天？ _____ 天

如果你有服用抗生素，是否有照处方把药吃完？ 是 否

接触史：

1. 最近你是否曾被怀疑导致，或是曾暴露于经确认的食源性疾病暴发处？ 是 否

a. 如果是，病因是什么，并且是否符合以下条件？

原因:

诺如病毒（最后暴露-过去48小时内） 疾病暴发日期 _____

志贺毒素产生的大肠杆菌(最后暴露-过去3 天内) 疾病暴发日期 _____

A型肝炎病毒(最后暴露-过去30 天内) 疾病暴发日期 _____

伤寒（最后暴露-过去14 天内) 疾病暴发日期 _____

志贺氏菌(最后暴露-过去3 天内) 疾病暴发日期 _____

非伤寒沙门氏菌（最后暴露-过去3 天内) 疾病暴发日期 _____



条件员工和食品员工面谈 (续)

b. 如果是，你是否曾:

消费受疾病爆发感染的食物？ 是 否

在疾病爆发源头的食物机构工作？ 是 否

在一个活动中消费被患病者准备的食物？ 是 否

2. 你最近是否在一个经确认的疾病爆发地点参加活动或工作？ 是 否

如果是，确定的疾病暴发原因是什么？ _____

如果原因是下列六个病原体之一，暴露病原体的情况是否符合以下条件？

a. 诺如病毒 (最后暴露-过去48小时内) 是 否

b. 志贺毒素产生的大肠杆菌 (最后暴露-过去3 天内) 是 否

c. A型肝炎病毒 (最后暴露-过去30 天内) 是 否

d. 伤寒 (最后暴露-过去14 天内) 是 否

e. 志贺氏菌 (最后暴露-过去3 天内) 是 否

f. 非伤寒沙门氏菌 (最后暴露-过去3 天内) 是 否

3.你是否与被诊断出患有诺如病毒、志贺毒素产生的大肠杆菌疾病、A型肝炎、伤寒、志贺氏菌，或非伤寒或沙门氏菌的人住在同一个家庭。 是 否

如果是，发病的日期 _____

4.你是否有一位家庭成员在经确认有诺如病毒、志贺毒素产生的大肠杆菌疾病、A型肝炎、伤寒、志贺氏菌，或非伤寒或沙门氏菌疾病暴发的地点参加活动或工作？ 是 否

如果是，发病的日期 _____

你的保健工作者或医生的姓名、地址和电话号码：

姓名 _____

地址 _____

电话号码 日间: _____ 夜间: _____



条件员工和食品员工报告同意书

本次面谈的目的是告知有条件的员工和食品员工，对所描述之过去和现状的负责人提出建议，
以便其采取适当的措施来防止食源性疾病的传播。

我同意向负责人报告：

任何以下症状的发病，无论是在工作场所或工作之外，包括发病的日期

1. 腹泻
2. 呕吐
3. 黄疸
4. 咽痛伴发热
5. 在手、腕，暴露的身体部位或身体其他部分有开放性的，并有排水的受感染割伤或伤口、含脓病灶，或未盖好之伤口（如疖和受感染伤口，无论多小）

未来的医疗诊断：

当诊断为患上诺如病毒、志贺毒素引起的大肠杆菌、肝炎（A型肝炎病毒感染）、伤寒热（伤寒）、志贺氏菌（志贺菌感染），或者非伤寒沙门氏菌。

未来暴露于食源性致病菌：

1. 暴露于或被怀疑造成任何经确认的食源性疾病暴发，包括诺如病毒、志贺毒素引起的大肠杆菌、A型肝炎、伤寒热、志贺氏菌，或者非伤寒沙门氏菌。
2. 一位家庭成员被诊断患有诺如病毒、志贺毒素引起的大肠杆菌疾病、A型肝炎、伤寒热、志贺氏菌，或者非伤寒沙门氏菌。
3. 有一位家庭成员在经确认有诺如病毒、志贺毒素产生的大肠杆菌疾病、A型肝炎、伤寒、志贺氏菌，或非伤寒或沙门氏菌疾病暴发的地点参加活动或工作。

我已阅读（或者有人已给我解释过），并了解有关在特拉华州食品规范要求下我个人的职责，以及在下述方面遵守此协议：

1. 报告上述提及的症状、诊断，和特定暴露状况
2. 加诸在我身上的工作限制或除外责任
3. 良好的卫生习惯

我了解不遵守此协议条款可能导致食品机构或食品监管机构采取可能危及我的工作，并可能对我不利之法律行动的行为。

条件员工签名 _____ 日期 _____

食品员工签名 _____ 日期 _____

许可证持有人或代表签字 _____ 日期 _____