



僑光科技大學

Overseas Chinese University

110 學年度第 1 學期第 1 次膳食管理委員會

會議紀錄



承辦單位：學生事務處衛生保健組

日期：111 年 01 月 06 日（星期四）

時間：12 點 10 分

地點：積中堂 1 樓會議室

110 學年度第 1 學期膳食管理委員會 會議紀錄

會議時間：111 年 01 月 06 日（星期四）12:10-12:30

主席：蔡源成學務長

出席人員：歐昱廷總務長、陳玫玉主任(林紓卉代理)、蔣博欽主任、賴崇仁組長、稅尚雪組長、吳茂德老師(周氏宏代理)、施竣彥老師、李宜年老師、馬君萍老師、張惠琴老師、彭婉綾行政助理、于姿賢同學、林冠伶同學(王經緯同學代理)、張博歲同學、張雅萱同學

列席人員：徐彩容小姐

應到：17 位 未到：0 位 實到：17 位（達法定開會人數）

記錄：侯伊庭

壹、主席致詞（略）

貳、確認上次會議紀錄:確認無疑義。

參、承辦單位報告

一、總務處（歐昱廷總務長報告）

(一)總務處工作報告如螢幕所示。

(二)檢視餐廳抽風設備，因設備老舊預計寒假進行廚房區排風設備維修、更新及濾網清洗作業。

二、環境安全衛生中心（蔣博欽主任報告）

本單位工作報告如螢幕所示，飲水機每年均有汰舊換新及設備維修。

三、學務處衛生保健組（稅尚雪組長報告）

(一)衛保組除了每個月餐廳稽查，另每週不定期檢查餐廳衛生，如有缺失要求餐廳立即改善。

(二)11 月 15 日完成「110 年度教育部因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情辦理大專校院防疫整備及學生宿舍訪視」，學生餐廳落實餐飲防疫應變措施，訪視委員無建議事項。

(三)110 學年度第 1 學期餐廳滿意度調查，評估項目分析：以「對餐廳工作人員的服務態度」最高分；「對學校餐廳所提供的食物的選擇性」最低分，顯示受訪者對於菜色重覆率高選擇樣式少。故建議餐廳增加菜色的豐富性，讓師生有更多樣選擇。

蔡源成學務長:本校學生有 1 萬多人加上中科院區，餐廳如能增加菜色，可以帶動學生用餐消費，雙方都有好的影響。

肆、提案討論

提案一

提案單位：衛生保健組

案由：請審議「僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點」修訂案。

說明：依據教育部臺教綜(五)字第 1100140086 號辦理修訂「僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點」。(如附件 1，P4)

決議：照案通過。

伍、臨時動議(無)

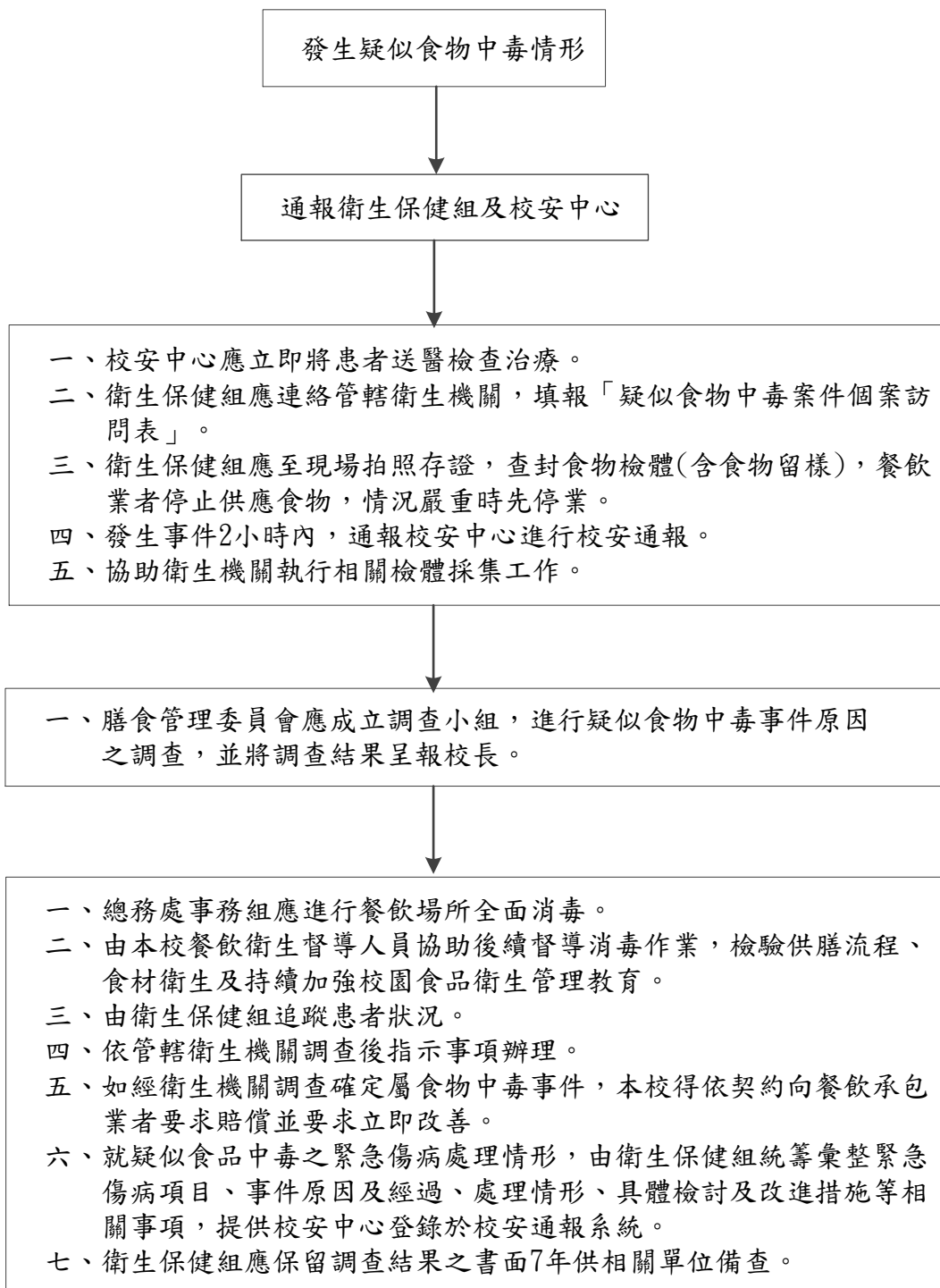
陸、散會(12:30)

僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點

民國 108 年 12 月 19 日膳食管理委員會會議制定通過
民國 111 年 01 月 06 日膳食管理委員會會議修正通過

- 一、僑光科技大學（以下簡稱本校）依據學校衛生法第十五條、衛生福利部疑似食品中毒事件處理要點之規定訂定本要點。
- 二、適用範圍與時機：校內遇有疑似食物中毒案件發生時，依本要點流程（附件 1）處理。
- 三、處理事項及負責單位：
 - （一）校安中心應立即將患者送醫檢查治療。
 - （二）衛生保健組應連絡衛生機關，填報「疑似食物中毒案件個案訪問表」（附件 2）。
 - （三）衛生保健組應至現場拍照存證，查封食物檢體(含食物留樣)，餐飲業者停止供應食物，情況嚴重時先停業。
 - （四）衛生保健組於發生事件 2 小時內，通報校安中心進行校安通報。
 - （五）衛生保健組協助衛生機關執行相關檢體採集工作。
- 四、疑似食物中毒事件發生後，膳食管理委員會應成立調查小組，由主任委員擔任召集人，衛生保健組組長擔任執行秘書，進行疑似食物中毒事件原因之調查，並將調查結果呈報校長。
- 五、事後處理：
 - （一）總務處事務組應進行餐飲場所全面消毒。
 - （二）由本校餐飲衛生督導人員協助後續督導消毒作業，檢驗供膳流程、食材衛生及持續加強校園食品衛生管理教育。
 - （三）由衛生保健組追蹤患者狀況。
 - （四）如經衛生機關調查確定屬食物中毒事件，本校得依契約向餐飲承包業者要求賠償並要求立即改善。
 - （五）就疑似食品中毒之緊急傷病處理情形，由衛生保健組統籌彙整緊急傷病項目、事件原因及經過、處理情形、具體檢討及改進措施等相關事項，提供校安中心登錄於校安通報系統。
 - （六）衛生保健組應保留調查結果之書面 7 年供相關單位備查。
- 六、本要點經膳食管理委員會會議通過，陳請校長核定後公布施行，修正時亦同。

僑光科技大學疑似食物中毒案件處理要點



疑似食物中毒案件個案訪問表

個案姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	填表日期： 年 月 日 時 分
科系班級：	學號：	出生年月日：
聯絡地址：	聯絡電話：	

一、症狀開始發生時間： 月 日 時 分

二、症狀：(可複選) 三、症狀：(可複選)

- 發燒、咳嗽、頭痛、眩暈、噁心、嘔吐、腹瀉、
發癢、發疹、複視、麻痺、面潮紅、腹絞痛、
流鼻水、眼皮下垂、說話困難、呼吸困難、吞嚥困難、
其他(請列出) _____

三、症狀發生前 12 小時進食情形 (包括用餐間及所品)

時間	月 日 時 分	月 日 時 分	月 日 時 分
餐 飲 食 品 名 稱	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃
	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃	<input type="checkbox"/> 有吃 <input type="checkbox"/> 沒吃

四、是否就醫：是、否

就醫時間： 月 日 時 分

就診醫院診所名稱： _____

五、是否用藥：是、否

七、是否住院：是、否