

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)

B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
曾否接受 B 型肝炎疫苗注射， <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前經篩檢 B 型肝炎免疫情形如下：	檢查地點：
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+)，帶原者，需檢附檢驗證明影本。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-)，已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明影本。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-) ○完成部份 B 型肝炎疫苗注射，疫苗施打日期_____，需檢附檢驗證明及疫苗注射證明影本。 ○已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應，檢附注射疫苗及檢驗證明影本。	
本人知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」之相關規定，且願意遵守。	
本人簽章：	日期： 年 月 日
是否已繳交胸部 X 光檢查報告單： <input type="checkbox"/> 是，檢查日期：_____， <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不需繳交*	
*在本院實習/訓練超過 3 個月以上者方需繳交。 *胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。	

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)

麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)及水痘免疫情形切結書

【實習 3 個月(含)以上者方須繳交】

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
MMR	水痘
為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對 1981 年(含)以後出生且固定在本院實習 3 個月(含)以上之實習學生進行麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)免疫情形調查，如未具血清抗體陽性或不明者，需進行自費接種 MMR 疫苗方可入院實習。 * 依院內員工預防接種措施辦理	為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對固定在本院實習 3 個月(含)以上之實習學生進行水痘免疫情形調查，進入本院實習前需自費完成水痘抗體檢測，檢驗結果陰性者自費接種二劑水痘疫苗，除非具有免疫力或禁忌。 * 依院內員工預防接種措施辦理
<input type="checkbox"/> 1980 年(含)以前出生者。 <input type="checkbox"/> 已接種 MMR 疫苗，需檢附接種證明影本。 <input type="checkbox"/> 因下列原因不願意接種 MMR 疫苗。 <input type="radio"/> 已具有 MMR 抗體陽性反應(需檢附證明) <input type="radio"/> 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者 <input type="radio"/> 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種 MMR 疫苗曾出現嚴重過敏反應者 <input type="radio"/> 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者 <input type="radio"/> 免疫嚴重不全者 <input type="radio"/> 懷孕或預計懷孕 <input type="radio"/> 哺乳期間 <input type="radio"/> 因其他因素不適合施打，請敘明原因	<input type="checkbox"/> 不願意接受水痘抗體檢測，請敘明原因 <input type="checkbox"/> 已具有水痘抗體(需檢附證明)。 <input type="checkbox"/> 水痘抗體陰性，已接種疫苗，需檢附接種證明影本。 <input type="checkbox"/> 水痘抗體陰性，因下列原因不願意接種水痘疫苗。 <input type="radio"/> 使用水楊酸藥物 <input type="radio"/> 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種水痘疫苗曾出現嚴重過敏反應者 <input type="radio"/> 免疫嚴重不全者 <input type="radio"/> 懷孕或預計懷孕 <input type="radio"/> 哺乳期間 <input type="radio"/> 因其他因素不適合施打，請敘明原因
本人簽章：	日期： 年 月 日