

新北市預防接種前幼兒健康評估表

109.2修訂

幼兒姓名		身分證字號		接種前體溫	°C
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身高	cm	體重	kg
頭圍					cm
出生日期	年 月 日	手機		電話	
年齡	歲 月	電子郵件			
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區	路街	段	巷 弄 號 樓
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地	縣市	鄉鎮市區	路街	段 巷 弄 號 樓

接種日期: 年 月 日	接種針數: <input type="checkbox"/> 1 針 <input type="checkbox"/> 2 針 <input type="checkbox"/> 3 針			
疫苗名稱	劑別	接種部位	備註/劑量	疫苗批號
<input type="checkbox"/> B 型肝炎疫苗 IM	第__劑			
<input type="checkbox"/> 13 價結合型肺炎鏈球菌疫苗 IM	第__劑			
<input type="checkbox"/> 白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗 IM	第__劑			
<input type="checkbox"/> 卡介苗 IC			SCID <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 未檢查 <input type="checkbox"/> 體重>2.5kg	
<input type="checkbox"/> 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 SC	第__劑			
<input type="checkbox"/> 水痘疫苗 SC				
<input type="checkbox"/> A 型肝炎疫苗 IM	第__劑			
<input type="checkbox"/> 日本腦炎疫苗 SC	第__劑			
<input type="checkbox"/> 白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 IM				
<input type="checkbox"/> 輪狀病毒疫苗 PO	第__劑			
<input type="checkbox"/> 流感疫苗 IM	第__劑		<input type="checkbox"/> 3歲以下 <input type="checkbox"/> 3歲以上	
<input type="checkbox"/>	第__劑			

評 估 內 容		評估結果	
		是	否
1	先前接種疫苗後是否有嚴重特殊反應，如發高燒（40.5°C 以上）、抽痙、昏迷、休克、哭鬧 3 小時以上…等。		
2	是否曾對同一類疫苗或對疫苗的任何成分(如雞蛋、明膠 gelatin 及新黴素 neomycin)有過敏反應。		
3	是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、白血病、癌症…等病史。		
4	最近 1 年內是否有抽筋狀況。		
5	最近 3 天內有無就醫、吃藥等情形，現在身體有無任何病徵，如發燒（38.5°C 以上）、嘔吐、呼吸困難等或正服用水楊酸（阿斯匹靈）等藥物。		
6	<input type="checkbox"/> 最近 3 個月接受一般肌肉注射免疫球蛋白治療或 HBIG。 <input type="checkbox"/> 最近 6 個月輸過血或接受靜脈注射血液製品（洗滌紅血球 Washed RBCs 無須間隔）或麻疹個案接觸者施打預防性肌肉注射麻疹免疫球蛋白（呼吸道融合病毒免疫球蛋白 palivizumab 無須間隔）。 <input type="checkbox"/> 最近 11 個月內曾靜脈注射高劑量（≥1g/kg）免疫球蛋白治療。 ※上列狀況如經評估為"是"者，應依其規範之間隔時間，再接種水痘疫苗、麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗或活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗等活性減毒疫苗。		

※本紀錄單所填個人基本資料，由新北市政府各區衛生所建檔並僅用於公共衛生工作(如預防接種催注)。

※以上評估結果請按各項疫苗接種禁忌，由醫師決定是否給予接種。

※接種疫苗前請先行詳閱「兒童健康手冊」及相關衛教單張。

※接種疫苗後，建議於接種單位休息 30 分鐘，無不適才離開。

※本評估表紀錄視同病歷一部分，請依醫療法相關規範辦理。

父親國籍別: 本國籍 原住民 外籍配偶(國籍:)

母親國籍別: 本國籍 原住民 外籍配偶(國籍:)

電腦登錄人員	評估醫師	疫苗接種人員	家長簽名
	評估後是否接種 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		與接種者關係(ex: 父子)

※ 為了保障注射安全，請先經醫師評估後再接種。