

# 馬偕紀念醫院代訓人員防疫檢查及疫苗注射證明書

馬偕紀念醫院感染管制中心 2018.06.21 制定

姓名：		代訓單位：			代訓(實習)期間：_____年____月____日起至 _____年____月____日止						
生日：		職稱：									
代訓類別勾選：					<b>防疫檢查結果與疫苗注射情形</b>					<b>代訓人員 服務醫院關防</b>	
婦 兒 科 醫 護 人 員	第 一 線 人 員 <sup>註1</sup>	營 養 醫 學 人 員	非 第 一 線 人 員	非 醫 療 照 護 人 員	註： 1.第一線人員是指會接觸到病人的所有醫療照護人員，包括整 學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。 2.「證明單位用印」指的是抗體檢測或提供疫苗施打機構或證 明醫師用印。					檢 附 證 明	證 明 單 位 用 印 <sup>註2</sup>
•	•	•	•	•	<b style="color: red;">胸部 X 光</b> 檢查日期：_____ <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常( <input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 其它:_____) 未檢查原因:_____					<input type="checkbox"/> 3個月 內所照的 為限	
•	•	•	•	•	<b style="color: red;">流感</b> 最近一年內是否完成流感疫苗注射： <input type="radio"/> 是(注射日期:_____) <input type="radio"/> 否(未注射原因:_____ )					<input type="checkbox"/> 檢附疫 苗注射證 明	
•	•	•	•	•	<b style="color: red;">B 型肝炎</b> 檢查日期：_____ 表面抗原(HBsAg)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 表面抗體(Anti-HBs)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 表面抗原及表面抗體陰性者是否完成 B 型肝炎疫苗注射： <input type="radio"/> 是(注射日期1:_____ 2:_____ 3:_____ ) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 需檢附 檢驗結果 或疫苗注 射證明	
•	•	•	•	•	<b style="color: red;">水痘</b> 檢查日期：_____ 水痘抗體(V-Z IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 水痘抗體陰性者是否完成水痘疫苗注射(2劑)： <input type="radio"/> 是(注射日期 1:_____ 2:_____ ) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 需檢附 檢驗結果 或疫苗注 射證明	
•	•	•	•	•	<b style="color: red;">麻疹腮腺炎德國麻疹</b> 檢查日期：_____ 麻疹抗體(Measles IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 檢查日期：_____ 德國麻疹抗體(Rubella IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 麻疹抗體或德國麻疹抗體陰性者是否完成 MMR 疫苗注射(1-2 劑)： <input type="radio"/> 是(注射日期 1:_____ 2:_____ ) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 需檢附 檢驗結果 或疫苗注 射證明	
•					<b style="color: red;">白喉百日咳破傷風</b> 是否注射 Tdap 疫苗：(代訓滿三個月者必填) <input type="radio"/> 是(日期:_____ ) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 需檢附 疫苗注射 證明	
		•			<b style="color: red;">A 型肝炎</b> 檢查日期：_____ A 肝抗體(Anti-HAV IgM)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 A 肝抗體(Anti-HAV IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 Anti-HAV IgG 陰性需完成 A 型肝炎疫苗注射(2劑)： <input type="radio"/> 是(注射日期 1:_____ 2:_____ ) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 需檢附 檢驗結果 或疫苗注 射證明	

填表人簽名：\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

代訓單位主管核章：\_\_\_\_\_