

**國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院**  
**B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單**

姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級： <span style="float: right; font-size: small;">機構人士得免填</span>
實習期間：      年      月      日起至      年      月      日止	
<b><u>B 型肝炎</u></b>	
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(-) <input type="radio"/> 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。 <input type="radio"/> 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。	
<b><u>胸部 X 光</u></b>	
檢查日期：	

本人簽章：

日期：      年      月      日