

國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院

麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)及水痘免疫情形切結書

姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級： 機構人士得免填
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，本院針對實習學生進行麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)免疫情形調查。 * 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。 * 依院內員工預防接種措施辦理
<p>☆檢驗結果<u>陰性</u>者，</p> <p><input type="checkbox"/> 已接種 MMR 疫苗，請檢附接種證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/> 不願意接種 MMR 疫苗，其原因：</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 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</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 免疫嚴重不全者</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 懷孕或預計懷孕</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 哺乳期間</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因</p> <p>_____</p>	<p>☆不願意接受水痘抗體檢測，請敘明原因</p> <p>_____</p> <p>☆檢驗結果<u>陰性</u>者，</p> <p><input type="checkbox"/> 已接種水痘疫苗，請檢附接種證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/> 不願意接種水痘疫苗，其原因：</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 使用水楊酸藥物</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 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</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 免疫嚴重不全者</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 懷孕或預計懷孕</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 哺乳期間</p> <p style="margin-left: 20px;">○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因</p> <p>_____</p>
<p>☆檢驗結果<u>陽性</u>者，</p> <p><input type="checkbox"/> 請檢附接種證明影本。</p>	

本人簽章：

日期： 年 月 日