

鄉鎮市預防接種幼兒健康評估表

基本資料 (請家長填寫)

幼兒姓名：_____ 性別：_____ 體溫：_____ °C 設籍：山地 離島
 出生日期：_____年_____月_____日(歲/ 月) 身分證字號：_____
 聯絡電話：(公/宅) _____ 手 機：_____

擬接種疫苗種類、批號

- 5in1 疫苗(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)
6in1 疫苗(白喉、破傷風、非細胞性百日咳、b型嗜血桿菌、不活化小兒麻痺及B型肝炎六合一疫苗)
卡介苗 A型肝炎疫苗 B型肝炎疫苗 水痘疫苗 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗
活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗 PCV 結合型肺炎鏈球菌疫苗 Tdap-IPV DTap-IPV
幼兒流感疫苗(曾經接種是, 否) 其他疫苗：_____

接種劑次 第一劑 第二劑 第三劑 第四劑

接種部位	左大腿	右大腿	左上臂	右上臂	前臂 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
疫苗批號					

健康評估 身高：_____公分 體重：_____公斤 頭圍：_____公分

	評 估 內 容	評 估 結 果	
		是	否
鄉鎮市區	1. 以前預防接種後是否有嚴重特殊反應，如發高燒(40.5°C以上)、抽搐、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、明膠及新黴素)有過敏反應。		
	3. 目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟...等病症。		
村里	4. 接種活性減毒疫苗：本人或家屬是否有白血病、癌症、免疫缺失...等病史與家族遺傳疾病，或使用免疫抑制劑等。 ※本人30天內曾(或預定)施行腸道或肛門手術，應改接種注射式小兒麻痺疫苗。 ※本人如長期服用中藥，致無法評估，請轉介至兒科專科醫師評估後再接種。	本人	
		家屬	
	5. 一年內有否抽搐狀況。		
	6. 最近三天內有無就醫、吃藥等情形，現在身體有無任何病徵，如發燒(38.5°C以上)、紅疹、皮疹、紫斑、嘔吐、呼吸困難...等或正服用水楊酸(阿斯匹靈)等藥物。		
	7. <input type="checkbox"/> 最近三個月內曾否肌肉注射免疫球蛋白(免疫血清)。 <input type="checkbox"/> 最近六個月內曾否輸過血或接受靜脈注射血液製品(Washed RBCs除外)。 <input type="checkbox"/> 最近十一個月內是否曾靜脈注射高劑量(≥1g/kg)免疫球蛋白。 ※上列狀況如經評估為"是"者，應依其規範之間隔時間，再接種水痘疫苗或麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗。		

備註

- 嬰幼兒服用未經衛生福利部疾病管制署核准及醫師處方之八寶粉、驚風散、珍珠粉等含重金屬之藥物容易發生慢性鉛中毒導致腦症及死亡，故應告知家長勿服用。
- 水痘疫苗接種後六星期內不可服用阿斯匹靈。
- 以上評估結果請按各項疫苗之禁忌，決定是否給予接種。
- 如無法判定，請協調家屬帶幼兒前往預注協辦醫院診所，請醫師詳細評估是否接種，如續由衛生所接種，請持醫師醫囑。
- 接種疫苗前請詳細閱讀「兒童健康手冊」及相關衛教單張。
- 本評估表紀錄後由各衛生所妥善保存六年。

初步評估/診療評估：_____ / _____ 評估後是否接種：是 否

疫苗接種人員：_____ 家長簽名：_____

電腦登錄人員：_____ 日期：_____年_____月_____日