

## 預防接種前幼兒健康評估表

幼兒姓名：徐太宇

出生日期：111年01月01日

身分證字號：B123456789 性別：男 女

聯絡電話：(公/宅) 0425721887 (手機) 0912345678 電子郵件：

體溫：耳溫 額溫 \_\_\_\_\_ °C

## ■ 接種疫苗種類：

 B型肝炎疫苗：第 3 劑  卡介苗 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

(DTaP-Hib-IPV)：第 3 劑

 13價結合型肺炎鏈球菌疫苗(13PCV)：第 \_\_\_\_\_ 劑 水痘疫苗 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)：第 \_\_\_\_\_ 劑 日本腦炎疫苗：第 \_\_\_\_\_ 劑 A型肝炎疫苗：第 \_\_\_\_\_ 劑 白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(DTaP-IPV) 輪狀病毒疫苗：第 \_\_\_\_\_ 劑 其他：\_\_\_\_\_

## ■ 健康評估

	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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	3. 目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟...等病症。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
村里	家屬 <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	5. 一年內有否抽搐狀況。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	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。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	7. <input type="checkbox"/> 最近 3 個月曾接受一般肌肉注射免疫球蛋白治療(免疫血清) <input type="checkbox"/> 最近 6 個月曾輸過血或接受靜脈注射血液製品 (Washed RBCs 除外)。 <input type="checkbox"/> 最近 11 個月內曾靜脈注射高劑量 (≥1g/kg) 免疫球蛋白。 ※如經評估有上述狀況者，應依其規範之間隔時間接種水痘疫苗、麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗及活性減毒日本腦炎疫苗等活性減毒疫苗。	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## 備註：

- 嬰幼兒服用未經衛生福利部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 6 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。
- 本評估表紀錄後由請各衛生所依醫療法相關規範辦理。

 今日接種之疫苗已完成與家長核對本表及預防接種時程紀錄表評估後是否接種：是 否

評估者：\_\_\_\_\_

疫苗接種人員：\_\_\_\_\_

家長簽名：林真心

電腦登錄人員：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日