

國立臺灣大學醫學院附設醫院實習醫事學生登記表

108/4/1 更新

中文姓名：	性別：	籍貫：	2 吋 照 片 粘 貼 處
英文姓名：	出生： 民國 年 月 日		
身分證字號：	就讀學校(全名)：		
地址：	電話/手機：		
系別(全名)： 科系 年級		學校修業起迄日： 民國 年 月 ~ 年 月	
實習科部/病房：		實習期間： 民國 年 月 日 ~ 年 月 日	
實習費：新台幣 元 <input type="checkbox"/> 免收費 <input type="checkbox"/> 自行至本院出納組繳費 <input type="checkbox"/> 收費金額統一由學校以公函寄			
緊急聯絡人： 關係： 電話： 地址：			
1.B 型肝炎免疫情形： 本人已知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」，並願意遵守有關規定。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，帶原者(須檢附檢驗報告影本)。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，具有抗體(須檢附檢驗報告影本)。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，非帶原者，且未有抗體，已施打疫苗(須檢附檢驗報告及疫苗施打證明影本)。			
2.是否已繳交胸部 X 光檢查報告單： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不需繳交*			
★ 步驟 1：安全衛生室核章		*在本院實習超過 3 個月以上者方需繳交。	
是否完成線上課程(於課程通過清單核章)： 1.總院-108 年本院簡介(含資通安全、病歷隱私及品質管理) 2.總院:108 年職業安全衛生暨緊急應變教育訓練課程 3.總院-感染管制基礎教育 4.總院-108 年度基本救命術(BLS) 5.總院-健康促進與暴露於傳染性疾病處理(含醫療尖銳物傷害預防、處理與安全針具運用) 6.總院-結核病照護與防治 7.總院-高齡友善健康照護基礎訓練課程(含成功老化) 8.總院-高齡友善健康照護核心能力基本訓練課程 9.總院-醫療品質與病人安全 10.總院-醫療院所性騷擾問題之預防及處理 11.總院-醫療機構的個資保護 12.總院-生命末期關懷		步驟 2：實習科部主管核章 <div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; width: 150px; height: 150px; margin: 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;">請核章</div> </div> <input type="checkbox"/> 知悉學生結束實習時，繳交實習成績影本乙份予教學部備查。	

填表人： (簽章) 民國 年 月 日

- 1.請於實習**報到前**完成上述課程並自行列印學習紀錄，於**報到日**交由**教學部**檢查有無缺漏。
- 2.請將此表帶回實習科部核章後，併同**病歷隱私保密同意書**、**線上學習紀錄**共 3 張文件，於報到 7 日內繳回**教學部**，方為完成報到手續，否則日後不發給實習證明。線上學習網址：<http://edu.ntuh.gov.tw/>。
- 3.請於離院前持離院單、識別證至教學部辦理離院手續並領取實習證明。

***國立臺灣大學醫學院附設醫院**
***病人/病歷隱私保密同意書(實習、代訓)**

本人於國立臺灣大學醫學院附設醫院(以下簡稱本院)實習、代訓期間，非因業務所需不得查詢病人/病歷資料。若因業務需要查詢、使用、保管病人/病歷資料，對於本院各種形式之病人/病歷資料，包括紙本病歷紀錄、聲音、影像或電腦上的病人病歷資訊(例如，姓名、身分證字號、住址、職業性質、家庭背景、醫師書寫的病歷、檢查報告、檢驗報告、影像、疾病狀態、身體特徵、圖片或其他相關資料等)，均負有保密及善良管理人注意義務，並不得無故揭露、公開、散布、損毀或攜出院外，且遵守相關法令、專業準則及院方之規定。

本人無論實習、代訓期間或結束後，若有違反上開規定或無故洩漏上開病歷資料者，願接受台大醫院之懲處並負一切民事及刑事法律責任。

本人已經詳閱且充分瞭解，並且願意遵守相關規定。

立同意書人：_____簽章

服務單位或學校：_____

中華民國 年 月 日

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)

B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
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(-) <ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○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。 	
本人知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」之相關規定，且願意遵守。	
本人簽章：	日期： 年 月 日
是否已繳交胸部 X 光檢查報告單： <input type="checkbox"/> 是，檢查日期：_____， <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不需繳交*	
<small>*在本院實習/訓練超過 3 個月以上者方需繳交。 *胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。</small>	

國立臺灣大學醫學院附設醫院B型肝炎預防措施實施要點

88年4月6日第627次行政會報通過

88年4月24日第779次院務會議修正通過

96年7月10日第182次醫務暨行政會議修正通過

- 一、為防止在本院院區工作之人員，因職業性傷害而感染B型肝炎，特訂定本要點。
- 二、本院新進員工於辦理進用時，必須繳交最近三個月內之體格檢查報告。
- 三、新進員工體格檢查除須符合「公務人員任用法施行細則」第三條，以及「勞工健康保護規則」第十條所規定之檢查項目外，尚須包括B型肝炎表面抗原、表面抗體及核心抗體檢查。若B型肝炎表面抗原及表面抗體均呈陰性反應（HBsAg(-)，anti-HBs(-)）者，須另附上已施打B型肝炎疫苗第一劑（或以上）之證明。
- 四、實（見）習學生、實（見）習醫師、代訓人員至本院實習、訓練前，必須完成B型肝炎表面抗體及抗原之篩檢，若表面抗體及抗原皆陰性，應完成全程疫苗施打，且需提出B型肝炎表面抗體陽性證明或施打疫苗紀錄影本存查。
- 五、本院員工、實（見）習學生、實（見）習醫師、代訓人員應簽具切結書，表示知悉本院防治B型肝炎的措施及要求，並願意遵守；如未依規定完成施打疫苗者，應自負檢驗治療費用及責任。
- 六、研究生、研究助理、外包廠商僱用人員，在本院工作期間由其指導教授、計畫主持人或雇主負B型肝炎防治責任。
- 七、本院員工若B型肝炎表面抗原及表面抗體均呈陰性反應者，由安全衛生室通知，於指定期限內至家庭醫學部進行B型肝炎未施打的部分，其未完成的部分可由本院付費，並請妥為保留B型肝炎疫苗施打紀錄。
- 八、本院員工、實（見）習學生、實（見）習醫師、代訓人員在實習、訓練或工作過程中，發生如針扎、手術器械切割傷等，有感染B型肝炎疑慮事件時，請依「臺大醫院污染性尖銳器械傷害後追蹤檢驗流程」處理。施打疫苗紀錄尚在半年施打期中，或是施打疫苗完畢後，檢驗為B型肝炎表面抗原及表面抗體均呈陰性反應（HBsAg(-)，anti-HBs(-)）者，其施打免疫球蛋白、相關檢驗及治療費用由院方支付。如經查核後發現未能提出證明或未按規定如期施打疫苗者，應自付施打免疫球蛋白、追蹤檢驗及治療費用。
- 九、本要點經醫務暨行政會議通過後實施。

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)
麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)免疫情形切結書

〈限 1981 年 (含) 以後出生者〉

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
<p>為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對 1981 年 (含) 以後出生且固定在本院實習 3 個月(含)以上之醫事實習學生進行麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)免疫情形調查，如未具血清抗體陽性或不明者，需進行自費進行 MMR 疫苗施打方可入院實習。</p> <p>* 在本院實習 3 個月(含)以上且為 1981 年以後出生者方需繳交。 * 依感染管制中心 108 年 4 月 8 日(文號 1082300036)簽文辦理</p>	
<input type="checkbox"/> 個人已接受 MMR 疫苗施打，需檢附施打證明影本。	
<input type="checkbox"/> 個人因下列原因不願意接受 MMR 疫苗施打。 <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 個人已具有 MMR 抗體陽性反應 (需檢附抗體陽性證明)<input type="radio"/> 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者<input type="radio"/> 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種 MMR 曾出現嚴重過敏反應者<input type="radio"/> 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者<input type="radio"/> 免疫嚴重不全者<input type="radio"/> 懷孕或預計懷孕<input type="radio"/> 哺乳期間<input type="radio"/> 因其他因素不適合施打，請敘明原因_____	
本人簽章：	日期： 年 月 日