

馬偕紀念醫院代訓人員防疫檢查及疫苗注射證明書

馬偕紀念醫院感染管制中心 2018.06.21 制定

姓名：		代訓單位：		代訓(實習)期間：_____年____月____日起至						
生日：		職稱：		_____年____月____日止。						
代訓類別勾選：		防疫檢查結果與疫苗注射情形				代訓人員 服務醫院關防				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			檢附證明	證明單位用印 ^{#2}	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	註： 1. 第一線人員是指會接觸到病人的所有醫療照護人員，包括整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。 2. 「證明單位用印」指的是抗體檢測或提供疫苗施打機構或證明醫師用印。					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	胸部 X 光 檢查日期： <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常 (<input type="checkbox"/> 結核病 <input type="checkbox"/> 其它：_____) 未檢查原因：_____				<input type="checkbox"/> 3 個月內所照的為限	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	流感 最近一年內是否完成流感疫苗注射： <input type="radio"/> 是 (注射日期：_____) <input type="radio"/> 否 (未注射原因：_____)				<input type="checkbox"/> 檢附疫苗注射證明	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B 型肝炎 檢查日期： 表面抗原(HBsAg)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 表面抗體(Anti-HBs)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 表面抗原及表面抗體陰性者是否完成 B 型肝炎疫苗注射： <input type="radio"/> 是 (注射日期 1: _____ 2: _____ 3: _____) <input type="radio"/> 否				<input type="checkbox"/> 需檢附檢驗結果或疫苗注射證明	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水痘 檢查日期： 水痘抗體(V-Z IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 水痘抗體陰性者是否完成水痘疫苗注射(2 劑)： <input type="radio"/> 是 (注射日期 1: _____ 2: _____) <input type="radio"/> 否				<input type="checkbox"/> 需檢附檢驗結果或疫苗注射證明	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	麻疹腮腺炎德國麻疹 檢查日期： 麻疹抗體(Measles IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 檢查日期： 德國麻疹抗體(Rubella IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 麻疹抗體或德國麻疹抗體陰性者是否完成 MMR 疫苗注射(1-2 劑)： <input type="radio"/> 是 (注射日期 1: _____ 2: _____) <input type="radio"/> 否				<input type="checkbox"/> 需檢附檢驗結果或疫苗注射證明	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	白喉百日咳破傷風 是否注射 Tdap 疫苗：(代訓滿三個月者必填) <input type="radio"/> 是 (日期：_____) <input type="radio"/> 否				<input type="checkbox"/> 需檢附疫苗注射證明	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A 型肝炎 檢查日期： A 肝抗體(Anti-HAV IgM)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 A 肝抗體(Anti-HAV IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 Anti-HAV IgG 陰性需完成 A 型肝炎疫苗注射(2 劑)： <input type="radio"/> 是 (注射日期 1: _____ 2: _____) <input type="radio"/> 否				<input type="checkbox"/> 需檢附檢驗結果或疫苗注射證明	

填表人簽名：_____年____月____日

代訓單位主管核章：_____