

# 台南市仁德區衛生所預防注射申請書

|           |                                                                                                                                        |       |              |       |        |  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------|--------|--|
| 嬰兒姓名      |                                                                                                                                        | 出生年月日 |              | 身分證字號 |        |  |
| 母親姓名      |                                                                                                                                        | 出生年月日 |              | 身分證字號 |        |  |
| 戶籍住址      | <div style="text-align: center;">路</div> <div style="text-align: center;">市 區 里 段 巷 弄 號</div> <div style="text-align: center;">街</div> |       |              |       | E-mail |  |
|           |                                                                                                                                        |       |              |       | 胎次     |  |
|           |                                                                                                                                        |       |              |       | 出生醫院   |  |
| 現地址       | <div style="text-align: center;">路</div> <div style="text-align: center;">市 區 里 段 巷 弄 號</div> <div style="text-align: center;">街</div> |       |              |       | 懷孕週數   |  |
|           |                                                                                                                                        |       |              |       | 出生體重   |  |
|           |                                                                                                                                        |       |              |       | 電話     |  |
|           |                                                                                                                                        |       |              |       | 手機     |  |
| 疫苗名稱      | 注射日期                                                                                                                                   | 注射醫院  | 疫苗名稱         | 注射日期  | 注射醫院   |  |
| B型肝炎(第一劑) |                                                                                                                                        |       | 水痘           |       |        |  |
| 卡介苗(BCG)  |                                                                                                                                        |       | MMR          |       |        |  |
| B型肝炎(第二劑) |                                                                                                                                        |       | 日本腦炎(第一劑)    |       |        |  |
| 五合一(第一劑)  |                                                                                                                                        |       | 日本腦炎(第二劑)    |       |        |  |
| 五合一(第二劑)  |                                                                                                                                        |       | 五合一(第四劑)     |       |        |  |
| B型肝炎(第三劑) |                                                                                                                                        |       | 日本腦炎(第三劑)    |       |        |  |
| 五合一(第三劑)  |                                                                                                                                        |       | Tdap-IPV、MMR |       |        |  |