

預防接種前幼兒健康評估表

■ 基本資料

姓名：_____ 性別：_____

出生日期：_____年_____月_____日 聯絡電話：(公/宅) _____
(手 機) _____

電子郵件：_____ 體 溫：_____℃

■ 接種疫苗種類

- ☐卡介苗 ☐B 型肝炎疫苗 ☐五合一疫苗（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）
☐日本腦炎疫苗 ☐水痘疫苗 ☐麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗
☐結合型肺炎鏈球菌疫苗（13 價） ☐A 型肝炎疫苗
☐幼兒流感疫苗 3 歲以下（曾經接種☐是，☐否） ☐減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合（Tdap-IPV）
☐幼兒流感疫苗 3 歲以上（曾經接種☐是，☐否） ☐白喉破傷風非細胞性百日咳混合疫苗（DTaP）
☐不活化小兒麻痺疫苗（IPV）

■ 接種劑次

☐第一劑 ☐第二劑 ☐第三劑 ☐第四劑 ☐第五劑

■ 健康評估

	評 估 內 容	評估結果	
		是	否
區 里	1. 預防接種後是否曾有嚴重特殊反應，如發高燒（40.5℃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. 目前是否有嚴重的心臟、肝臟、腎臟...等病症。		
	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℃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. ☐ 最近三個月內曾否肌肉注射免疫球蛋白（免疫血清）。 ☐ 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）。 ☐ 最近十一個月內是否曾靜脈注射高劑量（≥1 g/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，再接再種水痘疫苗或麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗。		

■ 備註

1. 嬰幼兒服用未經衛生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。
2. 水痘疫苗接種後六星期內不可服用阿斯匹靈。
3. 以上評估結果請按各項疫苗之禁忌，決定是否給予接種，水痘疫苗及 MMR 疫苗可同時接種，不同時接種兩劑應至少間隔 4 週（28 天）。
4. 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。
5. 接種疫苗前請詳細閱讀「兒童健康手冊」及相關衛教單張。
6. 本評估表紀錄後由各衛生所妥善保存七年。

評估後是否接種：是_____否_____

疫苗接種人員：_____

電腦登錄人員：_____

評 估 者：_____

家長簽名：_____

日 期：_____年_____月_____日

臺南市政府衛生局關心您 廣告