

# 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)\_\_\_\_\_

電子郵件：\_\_\_\_\_ 體 溫：\_\_\_\_\_°C

## ■ 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(\_\_\_\_\_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混合疫苗(小一新生)
- 幼兒流感疫苗3歲以上(曾經接種是, 否)

## ■ 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		1. 預防接種後是否曾有嚴重特殊反應, 如發高燒(40.5°C以上)、抽搐、昏迷、休克、哭鬧3小時以上……等。			
		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。			
里		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再種。		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°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。			
		7. <input type="checkbox"/> 最近三個月內曾否肌肉注射免疫球蛋白(免疫血清)。 <input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 最近十一個月內是否曾靜脈注射高劑量(≥1g/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, JE除與DTwP需間隔1M, 餘可與其他疫苗同時接種。
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六年。

評估後是否接種：是\_\_\_\_\_否\_\_\_\_\_                      評估者：\_\_\_\_\_

疫苗接種人員：\_\_\_\_\_                      家長簽名：\_\_\_\_\_

電腦登錄人員：\_\_\_\_\_                      日 期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日