

預防接種前幼兒健康評估表

■ 基本資料

幼兒姓名：_____ 性別： 男 女
 出生日期：_____年_____月_____日 聯絡電話：(公/宅)_____
 目前年齡：_____歲_____月 (手機)_____
 電子郵件：_____ 體溫：耳溫 額溫 _____°C

■ 擬接種疫苗種類

- 卡介苗(BCG) B型肝炎疫苗(rHepB) 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)
13價結合型肺炎鏈球菌疫苗(13pcv) 水痘疫苗(Var) 幼兒流感疫苗(曾經接種是, 否)(Flu)
日本腦炎疫苗(JE) A型肝炎疫苗(2HepA) 白喉破傷風混合疫苗(DT)
白喉破傷風非細胞性百日咳小兒麻痺b型嗜血桿菌五合一疫苗(5in1)
破傷風減量白喉混合疫苗(Td) 減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(Tdap-Ipv)
其他：_____

■ 擬接種劑次

第一劑 第二劑 第三劑 第四劑 媽媽國籍：本國 大陸 外籍
母乳 混合 配方奶

■ 健康評估

身高：_____cm 體重：_____kg 頭圍：_____cm

	評估內容	評估結果	
		是	否
鄉鎮市區	1. 以前預防接種後是否有嚴重特殊反應，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。		
村里	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種。	本人	
		家屬	
村里	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(≥ 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。
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。

符合資格是否接受預防保健檢查

是 否 原因：_____

家長簽名：_____ 與個案關係：_____

評估後是否接種：是 否 原因：_____ 評估人員：_____

電腦登錄人員：_____

疫苗接種人員：_____ 日期：_____年_____月_____日

今日接種之疫苗項目已完成與家長核對本表及預防接種時程紀錄表