**花蓮縣預防接種幼兒健康評估表**114.4修訂

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **幼兒姓名** | |  | | | **身分證字號** | |  | | | | **接種前體溫** | |  | | **℃** | |
| **性別** | | **□男 □女** | | | **身高** |  | | **cm** | **體重** |  | **kg** | **頭圍** |  | | **cm** | |
| **出生日期** | | **年** | **月** | **日** | **電話/手機** | |  | | | | | | | | | |
| **年齡** | | **歲** | **月** |  | **電子郵件** | |  | | | | | | | | | |
| **戶籍地址** | | **縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓** | | | | | | | | | | | | | | |
| **通訊地址** | | **□同戶籍**  **花蓮縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓** | | | | | | | | | | | | | | |
| **評 估 內 容** | | | | | | | | | | | | | | **評估結果** | | |
| **是** | | **否** |
| 1 | 先前接種疫苗後是否有嚴重特殊反應，如發高燒（40.5℃以上）、抽痙、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gelatin 及新黴素neomycin)有過敏反應。 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 3 | 是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、白血病、癌症…等病史。 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 4 | 最近 1 年內是否有抽筋狀況。 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 5 | 最近 3 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）、嘔吐、呼吸  困難等或正服用水楊酸（阿斯匹靈）等藥物。 | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 6 | □最近 3 個月接受一般肌肉注射免疫球蛋白治療或 HBIG。  □最近 6 個月輸過血或接受靜脈注射血液製品。  □最近 11 個月內曾靜脈注射高劑量(≧1g/kg)免疫球蛋白治療。  **※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、德國麻疹混合疫苗或活性日本腦炎疫苗。** | | | | | | | | | | | | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **最近一次接種疫苗時間： 年 月 日** | **最近一次接種疫苗種類：** | |
| **接種日期: 年 月 日** | **接種針數: □1 針 □2 針 □ 針** | |
| **疫苗名稱** | **劑別** | **接種部位** |
| **□卡介苗**(BCG) | **第 劑** | 左上臂 |
| **□B型肝炎疫苗**(Hepatitis B vaccine) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□五合一疫苗**(DTaP-Hib-IPV)  (白喉破傷風非細胞性百日咳b 型嗜血桿菌、不活化小兒麻痺疫苗) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□13價肺炎鏈球菌疫苗**(PCV13) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□水痘疫苗**(VAR) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗**(MMR) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗**  (Japanese encephalitis live chimeric vaccine) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□四合一疫苗**(DTaP-IPV)  (白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□A型肝炎疫苗**(Hepatitis A vaccine) | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□流感疫苗 □**6個月至3歲 **□**3歲以上 | **□初次接種-第 劑**  **□曾經接種** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |
| **□其他：** | **第 劑** | □左上臂 □右上臂 □左大腿 □右大腿 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **家長簽名** |  | **與接種者關係：** |

※以上評估結果請按「各項疫苗接種禁忌」，由醫師決定是否給予接種。

※接種疫苗前請先行詳閱「兒童健康手冊」及相關衛教單張。

※接種疫苗後，建議於接種單位休息 15 分鐘，無不適才離開。

※本評估表紀錄視同病歷一部分，請依醫療法相關規範辦理。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **評估後是否接種** | | | * **是**  **□ 否** | |
| **評估人員** | **評估醫師** | **系統登錄人員** | **疫苗核對人員** | **疫苗接種人員** |
|  |  |  |  |  |