

預防接種前幼兒健康評估表

■ 基本資料

幼兒姓名：_____ 身份證號：_____ 性別：男 女

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

電子郵件：_____ 體溫：_____°C 身高_____cm() 體重_____kg()

■ 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)
- 日本腦炎活性減毒疫苗 水痘疫苗 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗
- 十三價結合型肺炎鏈球菌疫苗 白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 **四合一(滿5歲接種)**
- 3歲以下幼兒(0.25ml)流感疫苗 曾接種過是 否 A型肝炎疫苗
- 3歲以上幼兒(0.5ml)流感疫苗 曾接種過是 否
- 其他 _____

■ 接種劑次

單一劑； 第一劑 第二劑 第三劑 第四劑 **●大便卡篩檢：**(出生滿1個月接種rHepB2時)

正常 不正常 不確定或不知道

■ 健康評估

(戶籍地)	評估內容	評估結果	
		是	否
區 里	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。		
	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°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福利部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. Var疫苗、MMR疫苗、日本腦炎活性減毒疫苗可同時接種，如不同時接種最少要間隔1個月。
4. 以上評估結果請按各項疫苗之禁忌，決定是否給予接種。
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。
7. 卡介苗接種前：確認是否有作SCID新生兒篩檢 附證明 未篩檢 其他_____

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