

預防接種前幼兒健康評估表

幼兒姓名：_____ 性別：

出生日期：____年____月____日 電話：

擬接種疫苗種類：

- 卡介苗 B型肝炎疫苗 白喉、破傷風非細胞性百日咳混合疫苗
小兒麻痺口服疫苗 白喉、百日咳、破傷風混合疫苗
麻疹疫苗 麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 水痘疫苗
日本腦炎疫苗 A肝疫苗 b型嗜血桿菌疫苗

擬接種劑次

- 第一劑 第二劑 第三劑 追加

執行日期：__年__月__日

	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)、抽痙、昏迷、休克、哭鬧3小時以上....等。		
	2.是否曾對同一類疫苗有過敏反應。		
	3.是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、白血病、癌症...等病史。		
村里	4.一年內是否有抽痙狀況。		
	5.最近三天內有無就醫、吃藥等情形，現在身體有無任何病徵，如發高燒(38.5°C以上)、嘔吐、呼吸困難或正服用八寶粉、驚風散等藥物。		
	6.最近三個月曾注射免疫球蛋白(免疫血清)或使用抑制劑或輸過血。 最近十一個月內是否曾靜脈注射免疫球蛋白。		

※ 嬰兒服用八寶粉、驚風散等含重金屬之藥物容易發生慢性鉛中毒導致腦症及死亡，故應告知家長預防接種前、後勿服用。

※ 以上評估結果請按各項疫苗之禁忌、決定是否給予接種。

※ 如無法判定，請協助家屬帶幼兒前往預注協辦醫院診所，請醫師檢查後再決定是否接種，但接種要有醫師的醫囑。

※ 本評估表紀錄後由各衛生所妥善保管一年。評估後是否接種：是__否

評估者：

家長簽名：