國立臺灣大學醫學院附設醫院(代訓人員版)

麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)及水痘免疫情形切結書

【代訓 3 個月(含)以上者方須繳交】

類別：□代訓醫師	□代訓醫事人員，職稱_____
姓名：	薦送醫院/機構：
身份證字號：	代訓科別：
訓練期間：　　年　　月　　日起 至　　年　　月　　日止	

MMR	水痘
為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對 1981 年（含）以後出生且固定在本院受訓 3 個月(含)以上之代訓人員進行麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)免疫情形調查，如未具血清抗體陽性或不明者，需進行自費進行 MMR 疫苗施打方可入院受訓。 * 依院內員工預防接種措施辦理	**為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對固定在本院受訓 3 個月(含)以上之代訓人員進行水痘免疫情形調查，進入本院服務前需自費完成水痘抗體檢測，檢驗結果陰性者自費進行二劑水痘疫苗注射，除非具有免疫力或禁忌。** * 依院內員工預防接種措施辦理
□1980 年(含)以前出生者。 □已接種 MMR 疫苗，需檢附接種證明影本。 □因下列原因不願意接種 MMR 疫苗。 ○ 已具有 MMR 抗體陽性反應(需檢附證明) ○ 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者 ○ 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種 MMR 疫苗曾出現嚴重 過敏反應者 ○ 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者 ○ 免疫嚴重不全者 ○ 懷孕或預計懷孕 ○ 哺乳期間 ○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因 _____	□不願意接受水痘抗體檢測，請敘明原因 _____ □已具有水痘抗體(需檢附證明)。 □水痘抗體陰性，已接種疫苗，需檢附接種證明影本。 □水痘抗體陰性，因下列原因不願意接種水痘疫苗。 ○ 使用水楊酸藥物 ○ 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種水痘疫苗曾出現嚴重過敏反應者 ○ 免疫嚴重不全者 ○ 懷孕或預計懷孕 ○ 哺乳期間 ○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因 _____

本人簽章：　　**日期：　　年　　月　　日**

修訂日期：110-03-05