

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)

麻疹－腮腺炎－德國麻疹(MMR)及水痘免疫情形切結書

【實習 3 個月(含)以上者方須繳交】

類別： <input type="checkbox"/> 實習醫師 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習醫事學生 <input type="checkbox"/> 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身分證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起 至 年 月 日止	
MMR	水痘
<p>為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對 1966 年(含)以後出生且固定在本院實習 3 個月(含)以上之實習學生進行麻疹－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，需進行自費接種 MMR 疫苗方可入院實習。</p> <p>* 依院內員工預防接種措施辦理</p>	<p>為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對固定在本院實習 3 個月(含)以上之實習學生進行水痘免疫情形調查，進入本院實習前需自費完成水痘抗體檢測，檢驗結果陰性者自費接種二劑水痘疫苗，除非具有免疫力或禁忌。</p> <p>* 依院內員工預防接種措施辦理</p>
<p><input type="checkbox"/>1965 年(含)以前出生者。</p> <p><input type="checkbox"/>已接種 MMR 疫苗，需檢附 15 年內接種證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/>因下列原因不願意接種 MMR 疫苗。</p> <p>○ 已具有 MMR 抗體陽性反應（需檢附 5 年內檢驗證明）</p> <p>○ 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者</p> <p>○ 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</p> <p>○ 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者</p> <p>○ 免疫嚴重不全者</p> <p>○ 懷孕或預計懷孕</p> <p>○ 哺乳期間</p> <p>○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因</p>	<p><input type="checkbox"/>不願意接受水痘抗體檢測，請敘明原因</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>已具有水痘抗體(需檢附證明)。</p> <p><input type="checkbox"/>水痘抗體陰性，已接種疫苗，需檢附接種證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/>水痘抗體陰性，因下列原因不願意接種水痘疫苗。</p> <p>○ 使用水楊酸藥物</p> <p>○ 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</p> <p>○ 免疫嚴重不全者</p> <p>○ 懷孕或預計懷孕</p> <p>○ 哺乳期間</p> <p>○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因</p> <p>_____</p>
本人簽章：	日期： 年 月 日