

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)免疫情形切結書

〈限 1981 年 (含) 以後出生者〉

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：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
<p>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實習 3 個月(含)以上之醫事實習學生進行麻疹－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，需進行自費進行 MMR 疫苗施打方可入院實習。</p> <p>* 在本院實習 3 個月(含)以上且為 1981 年以後出生者方需繳交。 * 依感染管制中心 108 年 4 月 8 日(文號 1082300036)簽文辦理</p>	
<input type="checkbox"/> 個人已接受 MMR 疫苗施打，需檢附施打證明影本。	
<input type="checkbox"/> 個人因下列原因不願意接受 MMR 疫苗施打。 <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 個人已具有 MMR 抗體陽性反應 (需檢附抗體陽性證明)<input type="radio"/> 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者<input type="radio"/> 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種 MMR 曾出現嚴重過敏反應者<input type="radio"/> 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者<input type="radio"/> 免疫嚴重不全者<input type="radio"/> 懷孕或預計懷孕<input type="radio"/> 哺乳期間<input type="radio"/> 因其他因素不適合施打，請敘明原因_____	
本人簽章：	日期： 年 月 日