

台大醫院 學年度實習醫學生(登記表)

年 月 日

電腦代號(學生填入) (即 TMS 帳號與員編)		電腦代號(教學部確認)		照 片
中文姓名		學 號		
英文姓名 (請與護照相同)				
身分證字號 (僑生請填居留證統一證號)				
出生日期	年 月 日			學 校 名 稱：
郵遞區號				
戶籍地址 (請詳細填寫)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 縣(市) 鄉(鎮區) 村(里) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 鄰 路(街) 段 巷 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 弄 號之 (樓) </div>			
聯絡電話		手機：		公費生：(請勾選) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
E-MAIL				
緊急聯絡人	姓名：		關係：	學 系 別： <input type="checkbox"/> 醫學系五年級 <input type="checkbox"/> 牙醫系五年級 <input type="checkbox"/> 法研
	電話：			
	地址：			
實習期間	自 年 月 日起 至 年 月 日止			

本人已知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」，並願意遵守有關規定。

☐已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(－)、HBsAg(+)。

☐已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(+)、HBsAg(－)。

☐已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(－)、HBsAg(－)，已施打疫苗。

※實習 3 個月以上者，須繳交胸部 X 光檢查診斷書

已繳交胸部 X 光檢查報告單 ☐是 ☐否

安衛室核章：

本人同意臺灣大學醫學院附設醫院就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、儲存、利用、傳輸共享之權利。

B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

修訂日期：104-2-6

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><small>* 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</small></p>	
<input type="checkbox"/> 個人已接受 MMR 疫苗施打，需檢附施打證明影本。	
<div><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_____</div>	
本人簽章：	日期： 年 月 日