

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)	縣(市) 鄰 弄	鄉(鎮區) 路(街) 號之	村(里) 段 (樓)	
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：	
	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。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(−)、HBsAg(+)。 <input type="checkbox"/> 已完成 B 型肝炎篩檢，Anti-HBsAb(+)、HBsAg(−)。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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。

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)
B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

類別：實習醫師 實習醫學生 實習醫事學生 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 起至 年 月 日止	
曾否接受 B 型肝炎疫苗注射， <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
前經篩檢 B 型肝炎免疫情形如下：	檢查地點：
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+)，帶原者，需檢附檢驗證明影本。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-)，已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明影本。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-)	
○完成部份 B 型肝炎疫苗注射，疫苗施打日期_____，需檢附檢驗證明及 疫苗注射證明影本。	
○已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應，檢附注 射疫苗及檢驗證明影本。	
本人知悉「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」之相關規 定，且願意遵守。	
本人簽章：	日期： 年 月 日
是否已繳交胸部 X 光檢查報告單 <input type="checkbox"/> 是，檢查日期：_____， <input type="checkbox"/> 否	
<input type="checkbox"/> 不需繳交*	

* 在本院實習/訓練超過3個月以上者方需繳交。

是，檢查日期：_____， 否

□不需繳交*

* 在本院實習/訓練超過3個月以上者方需繳交。

* 胸部X光報告單以3個月內所照的為限。

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>			
<p><input type="checkbox"/>個人已接受 MMR 疫苗施打，需檢附施打證明影本。</p> <p><input type="checkbox"/>個人因下列原因不願意接受 MMR 疫苗施打。</p> <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		