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：國立台灣大學
身份證字號：	系級：醫學系五年級
實習期間：　年　月　日起至　年　月　日止	
曾否接受 B 型肝炎疫苗注射，□有　　□無	
篩檢 B 型肝炎免疫情形如下(1 年內之檢驗報告)：	檢查地點：
□Anti-HBsAb(－)、HBsAg(＋)　，帶原者，需檢附檢驗證明影本。	
□Anti-HBsAb(＋)、HBsAg(－)，已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明影本。	
□ 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　□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。

修訂日期：114-09-17