

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： <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 | |
| 曾否接受 B 型肝炎疫苗注射， <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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： |
| <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。 * 胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。 | |