

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)及水痘免疫情形切結書

【實習 3 個月(含)以上者方須繳交】

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	
MMR	水痘
為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對 1966 年(含)以後出生且固定在本院實習 3 個月(含)以上之實習學生進行麻疹—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，需進行自費接種 MMR 疫苗方可入院實習。 * 依院內員工預防接種措施辦理	為維護您自身健康及確保病人安全，本院針對固定在本院實習 3 個月(含)以上之實習學生進行水痘免疫情形調查，進入本院實習前需自費完成水痘抗體檢測，檢驗結果陰性者自費接種二劑水痘疫苗，除非具有免疫力或禁忌。 * 依院內員工預防接種措施辦理
<input type="checkbox"/> 1965 年(含)以前出生者。 <input type="checkbox"/> 已接種 MMR 疫苗，需檢附 15 年內接種證明影本。 <input type="checkbox"/> 因下列原因不願意接種 MMR 疫苗。 ○ 已具有 MMR 抗體陽性反應(需檢附 5 年內檢驗證明) ○ 嚴重急性呼吸道感染者或其他感染而導致發高燒者 ○ 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種 MMR 疫苗曾出現嚴重過敏反應者 ○ 對雞蛋產生嚴重立即性過敏反應者 ○ 免疫嚴重不全者 ○ 懷孕或預計懷孕 ○ 哺乳期間 ○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因	<input type="checkbox"/> 不願意接受水痘抗體檢測，請敘明原因 _____ <input type="checkbox"/> 已具有水痘抗體(需檢附證明)。 <input type="checkbox"/> 水痘抗體陰性，已接種疫苗，需檢附接種證明影本。 <input type="checkbox"/> 水痘抗體陰性，因下列原因不願意接種水痘疫苗。 ○ 使用水楊酸藥物 ○ 對 gelatin、neomycin 或本疫苗之其他成分或先前接種水痘疫苗曾出現嚴重過敏反應者 ○ 免疫嚴重不全者 ○ 懷孕或預計懷孕 ○ 哺乳期間 ○ 因其他因素不適合施打，請敘明原因 _____
本人簽章：	日期： 年 月 日