

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院

## 護理人員聯合訓練計畫

2011.05.12 制訂

2023.03.06 修訂

2024.03.11 修訂

### 一、訓練宗旨

為推動護理繼續教育，透過院際合作聯合訓練機制，協助外院護理人員在本院訓練，提供教學資源分享，藉以培育護理專才。

### 二、訓練目標

經由此聯合訓練計畫，使代訓人員能達成訓練目標，如：

- (一) 了解臨床護理人員之專業職責與角色功能。
- (二) 適切地整體評估病人身、心、靈及社會問題。
- (三) 正確、安全的執行護理技術。
- (四) 依護理過程獨立解決病人的健康問題。
- (五) 具備照顧病人必須的醫療知識與護理技能。
- (六) 依病人的個別需要提供適切的護理指導。
- (七) 書寫完整的護理紀錄。
- (八) 透過各種跨領域的學術活動，學習團隊合作照護相關知識。
- (九) 能將訓練所學應用於原單位之規範修訂、流程改善或提升護理品質。

### 三、申請辦法

依據臺大醫院「代訓院外醫事人員實施要點」向本院提出申請。

- (一) 代訓人員資格：領得護理師證書與專業執照，且執業登錄於各醫療機構之護理人員（簡稱代訓人員）。
- (二) 申請時間：應於訓練前一個月提出。
- (三) 申請程序：非本院合作醫院者需與護理部簽署「聯合訓練合作計畫書」（如範例一），並由擬委託代訓醫院或機構備函，檢附申請書表與全部證件或影本（如範例二），向本院教學部申請。
- (四) 受理作業：由本院教學部審查資格，合於規定者由護理部決定是否接受。未經本院函復通知其來院辦理報到前，不得提前到院訓練。

### 四、代訓名額：各病房以不超過二名為原則。

## 五、訓練實施方式

- (一) 訓練時間：訓練時間依計畫而訂，每月訓練天數（含例假日），得以彈性調整訓練的時限，必要時經由雙方機構護理部主管評估。
- (二) 訓練內容依據代訓醫院所提之訓練目標與進度，協助完成臨床護理專業知識技能的訓練，以提升代訓人員的臨床照護專業能力。
- (三) 訓練方式：
  1. 代訓人員依受訓科別要求，持有效期內之BLS、ACLS或PALS等急救能力訓練證明，完成「代訓人員線上核心課程」及單位環境介紹。
  2. 護理臨床教師依訓練進度表，以講授、討論、回覆示教、數位學習、床邊教學及臨床實作等多元方式，協助代訓人員完成訓練。

## 六、訓練成效評核

護理臨床教師及代訓人員進行雙向學習評估考核，以評值訓練計畫成效。代訓人員完訓當日須繳交訓練計畫表、教學評值與心得報告；護理臨床教師須完成代訓人員評核。訓練結束後與代訓機構召開檢討會議，依據代訓人員與護理臨床教師回饋的意見，進行檢討及修正訓練計畫課程綱要。

### (一) 代訓人員學習成效雙向回饋及評核：

1. 臺大醫院代訓人員工作說明書。
2. 完成實務訓練計畫表（含代訓人員學習後自我評值與建議，及護理臨床教師、護理長、督導長、副主任評語）。
3. 護理臨床教師進行代訓人員評核。
4. 代訓人員進行學後教學評值。
5. 代訓人員繳交學後心得報告。
6. 代訓人員返回原單位之回饋。

### (二) 訓練計畫成效評值：

1. 評值：彙整年度訓練人次、代訓人員參訓心得及對工作改善之成果等，並請代訓人員所屬機構回饋給本院。
2. 檢討機制：
  - (1) 彙集代訓人員之評核結果與建議，回饋訓練負責人、單位與護理臨床教師，作為教學之參考依據。
  - (2) 與教學合作醫院或機構召開會議，檢討合作相關問題，追蹤訓練成效並檢討改進訓練計畫。

## 七、權利與義務

### (一) 訓練醫院（臺大醫院）權利與義務：

- 1.本院不提供膳宿，代訓費用參考本院「臨床醫事人員培訓計畫」院際聯合訓練執行細則。
- 2.依訓練計畫課程綱要提供代訓人員相關教育訓練。

### (二) 送訓機構與代訓人員之權利與義務：

- 1.非本院合作醫院者需與本部簽署「聯合訓練合作計畫書」。
- 2.應於訓練前一個月提出申請作業，並依本院教學部相關規範執行（詳參本院「臨床醫事人員培訓補助計畫」院際聯合訓練執行細則）。
- 3.訓練期間逾一個月（以上）者，須由送訓機關函送衛生主管機關核備後，方得以執行訓練計畫。
- 4.代訓人員：
  - (1) 於受訓期間之出勤、請假作業需依訓練醫院之相關規定辦理。
  - (2) 代訓人員必須在臨床教師指導下，執行實務訓練業務，對所照顧之病人詳細觀察、記錄並提供合宜之照護。
  - (3) 代訓人員須遵循本院病人及病歷隱私之規範。
- 5.代訓人員在本院接受訓練期間，如有違規事項，由本部主管逕行警告，並通知送訓機構主管，必要時簽請院方同意後停止其受訓，並函告送訓機構予處分。

## 八、溝通機制：護理部教學行政人員擔任溝通與聯絡窗口。

聯絡人：唐婉珊管理師

電話：02-23123456 轉 262183 E-mail: aprauk9999@ntuh.gov.tw

## 九、本辦法經護理部主管會議審查通過後實施，修正時亦同。

○○病房護理聯合訓練合作計畫書

2011.02.10制訂  
2022.03.21修訂  
2024.03.11修訂

一、訓練目的：

受訓人員了解○○醫療照護相關照護知能及良好團隊合作模式，以提昇急重症照護品質。

二、訓練目標：

（一）瞭解臨床上綜合病房常見重症患者之疾病的病因、症狀及治療方式。

（二）熟悉病房的各項護理常規。

（三）學習使用各種常見的醫療儀器。

（四）能了解急重症病人之病情變化及特殊問題並能判斷處理的優先次序，予以適當之護理處置方式。

（五）能評估病人需要、確立護理診斷、擬定護理計畫、執行並評值其效果並完整記錄。

（六）能以病人為中心的理念，運用溝通技巧，與病人及家屬建立治療性人際關係。

（七）培養良好的護理倫理及專業能力。

（八）參與跨團隊照護會議，了解團隊合作照護模式。

三、訓練地點：

臺大醫院○○病房

四、訓練期限：

預定每梯次為期\_\_\_\_週

五、訓練對象：

綜合內科病房服務，取得護士或護理師執照未滿二年之護理人員。

六、學習方式及規劃：

依訓練計畫進度表（如附件3-1之範例）進行臨床實務見習、跨領域團隊會議、討論會、單位在職教育、重症相關學術研討等。

七、考核：

（一）聯合訓練總評值（附件3-2）。

（二）聯合訓練評核表（附件3-3）。

## 臺大醫院護理部

### 「代訓○○醫院護理部○○病房護理師」訓練計畫表

#### 一、目的：

培訓骨髓移植病房種子護理師，學習骨髓移植治療與護理照護技巧，具備骨髓移植之相關醫療知識及專業護理照護獨特功能，將骨髓移植的專科理論基礎運用於臨床實務，以提升血液腫瘤護理之專業及骨髓移植之護理照護技能與品質。

#### 二、訓練對象：

- 1.血液腫瘤病房護理師三名、護理長一名。
- 2.小兒加護病房護理師一名。

#### 三、訓練地點：

臺大醫院骨髓移植病房-05PW。

#### 四、訓練時間：

- 1.第一梯次（二名）：2014 年11 月1 日至2014 年11 月30 日。
- 2.第二梯次（一名）：2014 年12 月1 日至2014 年12 月31 日。
- 3.第二梯次（一名）：2014 年12 月15日至2014 年12 月31 日。

#### 五、訓練方式：

- 1.參與臨床照護與於護理臨床老師指導下，執行病人護理照護業務。
- 2.瞭解骨髓移植病房環境配置及相關感染管制措施。
- 3.瞭解骨髓移植病房之病房常規及臨床護理師之工作職責。
- 4.參與個案討論會。
- 5.瞭解骨髓移植病人之照護標準。
- 6.依訓練計畫內容自我學習。

#### 六、評值方式：

- 1.受訓後完成總評值，並繳交學後心得報告。
- 2.依骨髓移植病房護理師訓練計畫逐週完成各項訓練內容，並於受訓期滿後協助義大癌治療醫院骨髓移植病房之建置和人員教育。

# 臺大醫院護理部

## 「代訓○○醫院護理部○○病房護理師」訓練進度表

代訓護理師姓名：\_\_\_\_\_

訓練期間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

| 學 習 項 目     |                                           | 指導日期 | 指導者簽名 | 備註 |
|-------------|-------------------------------------------|------|-------|----|
| 認識環境        | 1. 骨髓移植病房的設備：個人浴廁、電視機、冰箱、電話、對講機等使用方式。     |      |       |    |
|             | 2. 「高效率氣體微粒過濾器」的原理及使用方式。                  |      |       |    |
|             | 3. 中央空調溫度和濕度的設定，以減少細菌和黴菌的繁殖。              |      |       |    |
|             | 4. 無菌室的物品之消毒方式。                           |      |       |    |
|             | 5. 骨髓移植病房之感染管制措施及環境清潔方式。                  |      |       |    |
|             | 6. 骨髓移植病房的護理人力配置及人床比。                     |      |       |    |
|             | 7. 如何進行人員訓練及內容，如：受訓期間多久、如何評估人員可以獨立照顧移植個案。 |      |       |    |
|             | 8. 醫療團隊會議召集目的與執行內容。                       |      |       |    |
| 骨髓移植前的各項檢查  | 1. 血液檢查的項目及意義。                            |      |       |    |
|             | 2. 胸部X 光照射、心肺功能檢查、心電圖、電腦斷層掃描檢查的意義。        |      |       |    |
|             | 3. 各項培養的項目及意義。                            |      |       |    |
|             | 4. 骨髓穿刺的目的及意義。                            |      |       |    |
|             | 5. 各科會診的原因及目的。                            |      |       |    |
|             | 6. 執行骨髓移植前的各項檢查。                          |      |       |    |
| 受髓者移植前檢查和準備 | 1. 受髓者及主要照顧者，與醫療團隊間共識會議主要內容。              |      |       |    |
|             | 2. 骨髓個案管理師的收案機制及個案管理流程。                   |      |       |    |
|             | 3. 受髓者接受移植前檢查，及管路的置放。                     |      |       |    |
|             | 4. 受髓者移植前調適治療-如化學治療及放射線治療。                |      |       |    |
|             | 5. 病人入住病室前洗澡及入住方式。                        |      |       |    |

| 學 習 項 目     |                                  | 指導日期 | 指導者簽名 | 備註 |
|-------------|----------------------------------|------|-------|----|
| 個案入住前移植室之準備 | 1. 個案入住骨髓移植病房所需之各項衛材準備及消毒方式。     |      |       |    |
|             | 2. 各項衛材及儀器設備之使用方式。               |      |       |    |
|             | 3. 病室環境清潔及準備方式。                  |      |       |    |
|             | 4. 各項保護性隔離方式及原則。                 |      |       |    |
| 認識骨髓移植病房的儀器 | 1. 認識骨髓移植病房所需之各項儀器設備。            |      |       |    |
|             | 2. 正確操作各項儀器。                     |      |       |    |
|             | 3. 各項儀器的維護及保養方式。                 |      |       |    |
|             | 4. 各項儀器異常的處理方式。                  |      |       |    |
| 骨髓移植前的準備    | 1. 中心靜脈導管（Port-A 或希克曼氏導管）的放置及照護。 |      |       |    |
|             | 2. 能獨立執行各項靜脈導管的護理。               |      |       |    |
|             | 3. 骨髓移植前的化學治療及放射線治療的護理。          |      |       |    |
|             | 4. 化學治療藥物及放射線治療的作用、副作用及護理處置。     |      |       |    |
| 骨髓移植前的治療    | 1. 高劑量化學治療或放射線治療的目的。             |      |       |    |
|             | 2. 高劑量化學治療或放射線治療的方式。             |      |       |    |
|             | 3. 高劑量化學治療或放射線治療的作用、副作用及護理處置。    |      |       |    |
| 認識自體骨髓移植    | 1. 自體骨髓移植的適應症、捐贈條件及捐贈方式。         |      |       |    |
|             | 2. 自體骨髓移植的來源及收集方式。               |      |       |    |
|             | 3. 自體骨髓移植之臨床護理照護內容。              |      |       |    |
|             | 4. 照護接受自體骨髓移植病人。                 |      |       |    |
| 認識異體骨髓移植    | 1. 異體骨髓移植的適應症、捐贈條件及捐贈方式。         |      |       |    |
|             | 2. 異體骨髓移植的來源及收集方式。               |      |       |    |
|             | 3. 異體骨髓移植之臨床護理照護內容。              |      |       |    |
|             | 4. 照護接受異體骨髓移植病人。                 |      |       |    |
| 認識臍帶血移植     | 1. 臍帶血移植的適應症、捐贈條件及捐贈方式。          |      |       |    |
|             | 2. 臍帶血移植的來源及收集方式。                |      |       |    |
|             | 3. 臍帶血移植之臨床護理照護內容。               |      |       |    |
|             | 4. 照護接受臍帶血移植病人。                  |      |       |    |



| 學 習 項 目     |                                        | 指導日期 | 指導者簽名 | 備註 |
|-------------|----------------------------------------|------|-------|----|
| 認識周邊血液幹細胞移植 | 1. 周邊血液幹細胞移植的適應症、捐贈條件及捐贈方式。            |      |       |    |
|             | 2. 周邊血液幹細胞移植的來源及收集方式。                  |      |       |    |
|             | 3. 周邊血液幹細胞移植之臨床護理照護內容。                 |      |       |    |
|             | 4. 照護接受周邊血液幹細胞移植病人。                    |      |       |    |
| 急性骨髓性白血病及護理 | 1. 急性骨髓性白血病的成因。                        |      |       |    |
|             | 2. 急性骨髓性白血病的臨床症狀及照護。                   |      |       |    |
|             | 3. 急性骨髓性白血病的醫療處置及臨床護理照護內容。             |      |       |    |
|             | 4. 照護急性骨髓性白血病及接受骨髓移植病人。                |      |       |    |
| 慢性骨髓性白血病及護理 | 1. 慢性骨髓性白血病的成因。                        |      |       |    |
|             | 2. 慢性骨髓性白血病的臨床症狀及照護。                   |      |       |    |
|             | 3. 慢性骨髓性白血病的醫療處置及臨床護理照護內容。             |      |       |    |
|             | 4. 照護慢性骨髓性白血病及接受骨髓移植病人。                |      |       |    |
| 急性淋巴性白血病及護理 | 1. 急性淋巴性白血病的成因。                        |      |       |    |
|             | 2. 急性淋巴性白血病的臨床症狀及照護。                   |      |       |    |
|             | 3. 急性淋巴性白血病的醫療處置及臨床護理照護內容。             |      |       |    |
|             | 4. 照護急性淋巴性白血病及接受骨髓移植病人。                |      |       |    |
| 淋巴瘤及護理      | 1. 淋巴瘤的成因。                             |      |       |    |
|             | 2. 淋巴瘤的臨床症狀及照護。                        |      |       |    |
|             | 3. 淋巴瘤的醫療處置及臨床護理照護內容。                  |      |       |    |
|             | 4. 照護淋巴瘤及接受骨髓移植病人。                     |      |       |    |
| 骨髓輸注        | 1. 骨髓移植的輸注方式。                          |      |       |    |
|             | 2. 骨髓輸注的可能發生的副作用及反應。                   |      |       |    |
|             | 3. 骨髓輸注發生反應時之處理流程。                     |      |       |    |
|             | 4. 能正確執行骨髓輸注。                          |      |       |    |
| 心理及靈性支持     | 1. 移植個案常見心理問題及原因。                      |      |       |    |
|             | 2. 醫療團隊可以提供個案心理問題的解決方式（參與跨領域團隊會議、討論會）。 |      |       |    |
|             | 3. 兒童移植相關心理問題及處理方式。                    |      |       |    |

| 學 習 項 目       |                                           | 指導日期 | 指導者簽名 | 備註 |
|---------------|-------------------------------------------|------|-------|----|
| 骨髓移植後可能發生的合併症 | 1. 骨髓移植後的各種併發症的原因，如移植體排斥宿主疾病（GvHD）處理方式。   |      |       |    |
|               | 2. 骨髓移植後的各種併發症，如肝臟靜脈阻塞性疾病、移植後的晚期感染等的處理方式。 |      |       |    |
|               | 3. 移植失敗的原因及處理方式。                          |      |       |    |
| 骨髓移植個案之緊急照護   | 1. 移植個案於病室內需進行急救措施之流程。                    |      |       |    |
|               | 2. 如何運送個案至加護單位動線。                         |      |       |    |
|               | 3. 個案進行緊急醫療處置後，續留在原單位的照顧及注意事項。            |      |       |    |
| 轉出移植室之準備事項    | 1. 轉出條件。                                  |      |       |    |
|               | 2. 個案轉出移植室時，個案自我照顧的計畫及內容。                 |      |       |    |
|               | 3. 移植病房護理師如何與血腫病房護理師進行重點交班事項。             |      |       |    |
| 骨髓移植恢復期的照護    | 1. 依個案之個別性，給予適當的照護。                       |      |       |    |
|               | 2. 門診追蹤檢查的頻率及項目。                          |      |       |    |
|               | 3. 居家生活照護的注意事項。                           |      |       |    |
|               | 4. 骨髓個案管理師追蹤個案返家照顧相關事項。                   |      |       |    |

護理長/督導長簽章：

## 臺大醫院護理部聯合訓練總評值

附件 3-2

- 一、我的姓名：\_\_\_\_\_
- 二、於本院訓練期間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日（共\_\_\_\_日）
- 三、我工作的機構名稱：\_\_\_\_\_
- 四、我工作的機構科別：
- ☐血液透析或腹膜透析室 ☐開刀房 ☐移植小組 ☐加護病房
- ☐其他\_\_\_\_\_
- 五、我在工作機構的職稱是：
- ☐護士 ☐護理師 ☐助理或副護理長 ☐護理長 ☐督導長以上
- ☐其他（請註明）\_\_\_\_\_
- 六、我在工作機構的年資：\_\_\_\_年\_\_\_\_月
- 七、代訓機構、單位：臺大醫院護理部\_\_\_\_\_病房
- 八、心得：

### 九、教學評值

為了解護理部各單位之教學情形，特進行此項問卷調查，以作為日後教學業務改進之重要參考。請您就在受訓單位中訓練學習的情形，惠予公正評估。謝謝您的幫忙！

評量分成 10 級，其代表意義：最低為 1 分，滿分為 10 分。

| 教學態度                               | 教學內容                                        | 教學方法                                           | 我對該訓練教學的<br>整體評量 |
|------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| 包括：主動指導；熱心<br>回答問題；關心學習者<br>之學習成效。 | 包括：適當安排個案、<br>難易適中；專業知識豐<br>富；教學內容正確新<br>穎。 | 包括：臨床指導方法與<br>教材得宜，具啟發性；<br>鼓勵雙向溝通；講解方<br>式易懂。 |                  |
|                                    |                                             |                                                |                  |

### 十、對訓練教學的建議：

### 十一、護理臨床教師評語（署名及日期）：

### 十二、護理長(或督導長)評語（署名及日期）：

# ○○醫院護理部聯合訓練評核表

附件 3-3

委託機構、單位：○○醫院護理部\_\_\_\_\_

代訓機構、單位：臺大醫院護理部 病房

學員姓名：\_\_\_\_\_ 代訓時間：\_\_\_\_\_

| 項次 | 內容                   | 評分比率 | 評核結果 |
|----|----------------------|------|------|
| 1  | 學習動機                 | 20%  |      |
| 2  | 態度與人際關係（對病人、家屬及工作同仁） | 20%  |      |
| 3  | 專業知識與技能              | 25%  |      |
| 4  | 護理過程                 | 25%  |      |
| 5  | 服裝儀容禮儀               | 10%  |      |
| 總計 |                      |      |      |

評語：\_\_\_\_\_

臨床教師：\_\_\_\_\_（簽章） 日期：\_\_\_\_\_

護理長(或督導長)：\_\_\_\_\_（簽章） 日期：\_\_\_\_\_

## 教學部

號：

手限：

## 國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院

地址：20844新北市金山

爐路7號

承辦人：許慈婷

電話：2

電子信箱

10002

臺北市中山南路7號

受文者：國立臺灣大學醫學院附設醫院

發文日期：

發文字號：臺大金山分護字第1080860012號

類別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明四

主旨：擬請鈞院同意本院[ ]護理師至血液透析室接受實務聯合訓練三個月，並請惠予安排住宿事宜，請鑒核 賜准。

說明：

- 一、本院血液透析目前床數12床，擬自108年3月始逐步擴展床數至28床，共需12位護理人力(含護理長)。
- 二、目前血液透析室人力為本院6位(其中一位育嬰假)及總院1位支援護理師。未來規劃及血液透析室為本院護理人力自行運作，仍需栽培血液透析室人才。
- 三、護理師[ ]具五年臨床工作經驗，但缺少血液透析室實務訓練。擬請鈞院同意[ ]護理師(108年3月11日~6月10日)至總院血液透析室公費公假實務訓練三個月，並安排住宿事宜。
- 四、檢附[ ]護理師之申請表、訓練計畫書、畢業證書、護理師執照、職業執照、ACLS證書影本各一份。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院

副本：國立臺灣大學醫學院附設醫院護理部、國立臺灣大學醫學院附設醫院教學部、國立臺灣大學醫學院附設醫院總務室、本院人事室、護理部

金山分院院長 張志豪



/01

2018 06 11



1080013486

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院院外醫事人員進修申請表

|                                                                                   |        |                        |                                         |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------|-----------------------------------------|------|
| 中文姓名：                                                                             |        |                        | 照<br>片<br>黏<br>貼<br>處                   |      |
| 身分證字號：                                                                            | 出生年月日： |                        |                                         |      |
| 連絡電話：                                                                             |        |                        |                                         |      |
| e-mail：                                                                           |        |                        |                                         |      |
| 戶籍地址：郵遞區號：(            )                                                          |        |                        |                                         |      |
| 學歷：                                                                               |        |                        | 修業起迄日：                                  |      |
| 學校                      科系畢業                                                      |        |                        | 民國        年        月~        年        月 |      |
| 經歷：                                                                               | 服務醫院名稱 | 科別                     | 職別                                      | 起迄年月 |
|                                                                                   |        |                        |                                         |      |
|                                                                                   |        |                        |                                         |      |
|                                                                                   |        |                        |                                         |      |
| 擬進修單位：                                                                            |        |                        |                                         |      |
| 進修內容：                                                                             |        |                        |                                         |      |
| 擬進修期間：                                                                            |        |                        |                                         |      |
| 自民國        年        月        日起至        年        月        日止，為期        年        月 |        |                        |                                         |      |
| 推薦醫院：                                                                             |        | 地址：郵遞區號：(            ) |                                         |      |
| 申請人簽章：                                                                            |        |                        |                                         |      |
| 直屬單位主管簽章：                                                                         |        |                        |                                         |      |
| 服務單位名稱：                                                                           |        |                        | 服務單位電話：                                 |      |

- ※ 醫師、牙醫師：請檢附畢業證書、醫師證書影本
- ※ 其他各受訓人員：請檢附畢業證書、專業執照影本

# 國立臺灣大學醫學院附設醫院

## B 型肝炎免疫情形切結書暨 X 光檢查報告單繳交紀錄

|                                                                                                                                                            |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 類別：壹、 <input type="checkbox"/> 實習（見習）醫師 <input type="checkbox"/> 實習（見習）學生 <input type="checkbox"/> 國外見習生                                                   |                          |
| 貳、 <input type="checkbox"/> 代訓醫師 <input type="checkbox"/> 代訓醫事人員                                                                                           |                          |
| 姓名：                                                                                                                                                        | 就讀學校：                    |
| 身份證字號：                                                                                                                                                     | 所屬醫院：                    |
| <input type="checkbox"/> 未經篩檢 B 型肝炎免疫情形。                                                                                                                   |                          |
| <input type="checkbox"/> 前經篩檢 B 型肝炎免疫情形如下：                                                                                                                 | 檢查地點：                    |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb（－）、HBsAg（＋）                                                                                                            |                          |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb（＋）、HBsAg（－）： 曾否接受 B 型肝炎疫苗注射 <input type="checkbox"/> 有<br><span style="float: right;"><input type="checkbox"/>無</span> |                          |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb（－）、HBsAg（－）<br>但未曾接受 B 型肝炎疫苗注射。                                                                                        |                          |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBsAb（－）、HBsAg（－）<br>已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，但 B 型肝炎表面抗體呈陰性反應。注射疫苗及檢驗證明另附。                                                           |                          |
| 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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不需繳交*                                                      |                          |
| 安全衛生室蓋章：<br><small>* 一整學期在本院實習者方需繳交。</small>                                                                                                               |                          |