

國立臺灣大學醫學院附設醫院(代訓人員版)

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"/> 代訓醫師 <input type="checkbox"/> 代訓醫事人員，職稱_____	
姓名：	薦送醫院/機構：
身份證字號：	代訓科別：
訓練期間： 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	
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。	
<input type="checkbox"/> Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-), 已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明。	
<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。 ○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。	
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。	