

# 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 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*			
<small>* 在本院實習/訓練超過 3 個月以上者方需繳交。  <small>* 胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。</small></small>			