

臺北市立聯合醫院實、見習人員健康調查表

一、 基本資料： 姓名： _____ 學校： _____

實習單位		實習期間	____年__月__日~ ____年__月__日
聯絡電話		E-mail	

◎請問您最近三個月是否有下列身體不適狀況？

- 沒有
 有，請勾填下表

症狀	症狀出現日期	就醫	醫師診斷	目前症狀說明
發燒		○有○無		
呼吸道症狀 (如流鼻水. 咳嗽. 喉嚨痛)		○有○無		
腹瀉 (每日三次以上)		○有○無		
皮膚紅疹		○有○無		
其他 (請說明)		○有○無		

二、 體檢結果:體檢日期: _____年____月____日

類別	檢驗結果	疫苗接種與其他
胸部 X 光 (3 個月內)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	異常者提報無傳染性疾病之證明
流行性感冒	不需檢驗	<input type="checkbox"/> 有 日期:____年__月__日
	未施打疫苗者，實習期間若值季節性流感期間，除經評估具接種禁忌症而不適合接種之情形外，應配合本院流感防治政策接種流感疫苗。	
B 型肝炎	HBsAg <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 Anti-HBs <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 日期: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 抗體及抗原均為陰性者須檢附疫苗接種證明
麻疹抗體	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 日期:____年__月__日
	<input type="checkbox"/> 1981 年後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	
水痘抗體	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 日期:____年__月__日
	<input type="checkbox"/> 若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	

學生簽章: _____

實習單位簽章: _____

感染管制室會簽 : _____