

臺北市國小新生預防接種補種通知及回覆單

_____區 _____國民小學 _____年 _____班 姓名：_____

疫苗種類	劑別	應補種之疫苗	預定接種日期	接種日期	接種單位 醫師簽章
B 型肝炎疫苗(HBV)	第一劑				
	第二劑				
	第三劑				
卡介苗(BCG)	單劑				
破傷風、減量白喉混合疫苗(Td)	單劑				
不活化小兒麻痺疫苗(IPV)	第一劑				
	第二劑				
	第三劑				
水痘疫苗(Var)	單劑				
麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗(MMR)	第一劑				
	第二劑				
活性減毒日本腦炎疫苗(JE-CV)	第一劑				
	第二劑				
白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺四合一疫苗(DTaP-IPV)	第一劑				
	第二劑				
A 型肝炎疫苗(HepA)	第一劑				
	第二劑				

_____區健康服務中心查核人員：_____ 學校護理師簽章：_____

說明：

1. 「應補種之疫苗」欄位打勾之疫苗種類應進行補接種。
2. 為維護貴子女之健康，免於傳染病感染，請攜貴子女至臺北市立聯合醫院各院區暨附設院外門診部或本市預防接種合約醫療院所進行補種，爾後並確實依表列預定接種日期繼續進行補種。
3. 補種時，請務必攜帶本通知單、預防接種時程及紀錄表(正本)及健保 IC 卡，經接種單位簽章後即將本單繳回學校登錄。



臺北市衛生局 關心您