

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	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			
卡介苗疫苗(BCG)	單一劑			
水痘疫苗(Var)	單一劑			
破傷風減量白喉混合疫苗 (Td)	第一劑			
減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap - IPV)	滿 5 歲至入小學前追加劑			
	第二劑			
小兒麻痺疫苗 (IPV)	第一劑			
	第二劑			
麻疹.腮腺炎.德國麻疹混合疫苗 (MMR)	滿 5 歲至入小學前追加劑			
	第二劑			
日本腦炎疫苗 (JE)	滿 5 歲至入小學前追加劑			
	第二劑			
	第三劑			

區健康服務中心核卡人： _____ 學校校護簽章： _____

說明：

1. 貴子女之預防接種紀錄經轄區健康服務中心查核，上列打勾之疫苗項目應進行補接種。
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附設院外門診部或本市預防接種協辦醫療院所進行補種（疫苗免費，須自付掛號費與診察費），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、原有之預防接種紀錄卡及健保 IC 卡，經接種單位簽章後將本單繳回學校登錄，待學校交還本通知單後再依序進行其他各種疫苗之補種。
4. 另破傷風減量白喉混合疫苗 (Td)、減量白喉破傷風非細胞型百日咳混合疫苗 (Tdap) 或減量破傷風白喉非細胞型百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 (Tdap-IPV)，請電洽 12 區健康服務中心確認後再行前往進行補接種。



臺北市政府衛生局 關心您