**臺北市國小新生入學預防接種調查表**

106/05/17

親愛的家長，您好：

 為保護您孩子的健康，請記得於**開學時**將**預防接種時程及紀錄表（或有關之接種證明）影本併同填妥之調查表繳交學校**，俾利衛生單位進行核對，並請依查核結果，需進行補種之學童，請攜至臺北市12區健康服務中心之院外門診部或本市預防接種協辦醫療院所進行補接種，以免學校學生發生集體傳染病。

 臺北市政府衛生局 敬上

**【基 本 資 料】（必填）**

 國民小學， **一** 年 班，座號： 性別：

學生姓名： 出生日期： 年 月 日 身分證字號：

家長姓名： 電話：（公） （宅）

手機： 電子郵件信箱：

 縣 區（鄉） 村 街

戶籍住址： 市 鎮（市） 里 路 段 巷 弄 號 樓

 縣 區（鄉） 村 街

現在地址： 市 鎮（市） 里 路 段 巷 弄 號 樓

□(同戶籍地址打勾免填)

【**預 防 接 種 紀 錄**】

**（※請於虛線下方直接黏貼預防接種時程及紀錄表影印本，若預防接種時程及**

**紀錄表影本不清楚，或外語需翻譯者，則需填寫下列資料）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疫 苗 接 種 | 劑 別 | 接種日期 | 接 種 地 點 | 備 註 | 說 明 |
| B型肝炎免疫球蛋**HBIG** | 一 劑 |  |  |  | **若預防接種卡遺失：**1. 請向原接種單位申請補發接種證明。
2. 設籍臺北市兒童：請至戶籍所在地之臺北市健康服務中心，申請預防接種證明書。
3. 設籍外縣市兒童：請家長向戶籍所在地衛生所申請補發。
 |
| 卡介苗 **BCG** | 一 劑 |  |  |  |
| B型肝炎疫苗 **HBV****Hepatitis B** | 第一劑 |  |  |  |
| 第二劑 |  |  |  |
| 第三劑 |  |  |  |
| 小兒麻痺口服疫苗**Polio****OPV / IPV** | 第一劑 |  |  |  |
| 第二劑 |  |  |  |
| 第三劑 |  |  |  |
| 第四劑 |  |  |  |
| 第五劑 |  |  |  |
| 白喉破傷風百日咳混合疫苗**DPT / DTaP** | 第一劑 |  |  |  |
| 第二劑 |  |  |  |
| 第三劑 |  |  |  |
| 第四劑 |  |  |  |
| 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/Tdap** | 一 劑 |  |  |  |
| 麻疹疫苗 **MV Measles** | 一 劑 |  |  |  |
| 水痘疫苗**Varicella** | 一 劑 |  |  |  |
| 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 **MMR** | 第一劑 |  |  |  |
| 第二劑 |  |  |  |
| 日本腦炎疫苗J**EV****Japanese Encephalitis** | 第一劑 |  |  |  |
| 第二劑 |  |  |  |
| 第三劑 |  |  |  |
| 第四劑 |  |  |  |

家長簽章（請簽全名）： 填表日期 年 月 日