

預防接種前幼兒健康評估表

幼兒姓名：_____ 性別：_____ 體重：_____ 身高：_____
 出生日期：_____年_____月_____日 電話：_____ 體溫：_____°C
 電子郵件：_____ 大哥大（手機）：_____

擬接種疫苗種類：

- ☐白喉破傷風非細胞型百日咳、B型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗
☐卡介苗 ☐B型肝炎疫苗 ☐麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗
☐水痘疫苗 ☐日本腦炎疫苗 ☐幼兒流感冒疫苗（曾經接種☐是 ☐否）
☐A型肝炎疫苗 ☐其他：_____

擬接種劑次：

- ☐第一劑 ☐第二劑 ☐第三劑 ☐第四劑 ☐第五劑

健康評估：

	評 估 內 容	評估結果	
		是	否
鄉鎮市區	1. 以前預防接種後是否有嚴重特殊反應，如發高燒(40.5°C以上)、抽痙、昏迷、休克、哭鬧3小時以上…等。		
	2. 是否曾對同一類疫苗或對疫苗的任何成分（如雞蛋、明膠及心黴素）有過敏反應。		
	3. 目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、……等病史。		
村里	4. 接種活性減毒疫苗：本人或家屬是否有白血淋巴瘤免疫缺失…等病史與家族遺傳疾病或使用免疫抑制劑等。 *本人如長期服用中藥致無法評估請轉介至兒科專科醫師評估後再接種。		
	5. 一年內有否抽搐狀況。		
	6. 最近三天內有無就醫、吃藥等情形，現在身體有無任何病徵，如發燒(38.5°C以上)、嘔吐、呼吸困難…等或正服用水楊酸（阿斯匹靈）等藥物。		
	7. ☐ 最近三個月內曾肌肉注射免疫球蛋白(免疫血清)。 ☐ 最近六個月內曾輸過血或接受靜脈注射血液製品。 ☐ 最近十一個月內曾靜脈注射高劑量(≥1g/kg)免疫球蛋白。 *上列狀況如經評估為“是”者應依其規範之間隔時間再接種水痘疫苗或麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗。		

※嬰幼兒服用未經衛生署核准及醫師處方之八寶粉、驚風散等含重金屬之藥物容易發生慢性鉛中毒導致腦症及死亡，故應告知家長勿服用。

※水痘疫苗接種後六星期內不可服用阿斯匹靈。

※以上評估結果請按各項疫苗之禁忌，決定是否給予接種。

※如無法判定，請協調家屬帶幼兒前往預注協辦醫院診所，請醫師檢查後再決定是否接種，如續由衛生所接種請持醫師醫囑。

※接種疫苗前請詳細閱讀「兒童健康手冊」及相關衛教單張。

※本評估表記錄後由各衛生所妥善保存6年。

評估後是否接種：是 _____ 否 _____ 評估者：_____

疫苗接種人員：_____ 家長簽名：_____

電腦登入人員：_____ 日期：_____