

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**開學一週內**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級任老師**，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：_____

戶籍住址：_____縣_____區(鄉)_____鎮(市)_____村里_____街_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓

現在地址：_____縣_____區(鄉)_____鎮(市)_____村里_____街_____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 型肝炎免疫球蛋白 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 JEV 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