預防接種前幼兒健康評估表

幼兒姓名：　　出生日期:　　年　　月　　日　　實際年齡:　　歲　　月

身分證字號：　　性別:口男口女口其他　　體溫:　　℃

聯絡電話：(公/宅)　　(手機)　　電子郵件：

■ 接種疫苗種類:

□卡介苗　　□1 3價結合型肺炎鏈球菌疫苗: 第　劑

□口服輪狀病毒疫苗:第 劑　　□麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗: 第 劑

□ A 型肝炎疫苗: 第　　劑　　□水痘疫苗

□ B 型肝炎疫苗 :第　　劑　　□活性減毒日本腦炎疫苗: 第　　劑

□白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺疫苗(五合一) : 第　劑

□白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗(四合一)

□流感疫苗:□3歲以上□3歲以下(曾經接種: □是、□否，初次接種第　　劑)

□其他:

■ 健康評估

評估內容		評估結果	
		是	否
1 .以前預防接種後是否有嚴重特殊反應,如發高燒(40.5 ℃以上)、抽搐、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、明膠及新黴素)有過敏反應。			
3 .目前是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟…等病症。			
4.接種活性減毒疫苗:本人或家屬是否有白血病、癌症、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		
	家屬		
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斂,如發燒(38.5 ℃以上)、紅疹、皮疹、紫斑、嘔吐、呼吸困難…等或正服用水楊酸(阿斯匹靈)等藥物。 ※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。			
7.口最近3個月曾接受一般肌肉注射免疫球蛋白治療(免疫血清) 口最近6個月曾輸過血或接受靜脈注射血液製品(Washed RBCs 除外)。 口最近11個月內曾靜脈注射高劑量(≧1g/kg)免疫球蛋白。 ※如經評估有上述狀況者,應依其規範之間隔時間接種活性減毒疫苗。			

備註:

1.嬰幼兒服用未經衛生福利部核准及醫師處方之八寶粉、驚風散、珍珠粉等含重金屬之藥物容易發生慢性鉛中毒導致腦症及死亡,故應告知家長勿讓幼兒服用。

2.水痘疫苗接種後6星期內不可服用阿斯匹靈。

3.以上評估結果請按各項疫苗之禁忌 , 決定是否給予接種 。

4.接種疫苗前請詳細閱讀「兒童健康手冊」及相關衛教單張。

5.本評估表紀錄後由請各衛生所依醫療法相關規範辦理。

評估後是否接種 : 口是 口否　　家長簽名：　　(關係:　　)

評估者:　　口今日接種之疫苗已完成與家長核對本表及預防接種時程紀錄表。

電腦登錄人員：

日　期：　　年　　月　　日　　疫苗接種人員：