

# 預防接種前幼兒健康評估表

幼兒姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 電話：\_\_\_\_\_

擬接種疫苗種類：

卡介苗                       B型肝炎疫苗                       白喉、百日咳、

破傷風混合疫苗

小兒麻痺口服疫苗               白喉、破傷風混合疫苗

麻疹疫苗                       麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗

日本腦炎疫苗               A型肝炎疫苗               水痘

擬接種劑次： 第一劑     第二劑                       第三劑     追加

執行日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_

日

	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℃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有過敏反應。		
	3.是否有嚴重心臟、肝臟、腎臟、白血病、癌症…病史。		
	4.一年內有否抽痙狀況。		
村里	5.現在三天內有無就醫、吃藥等情形、現在身體有無任何病徵，如發燒(38.5℃以上)、嘔吐、呼吸困難…等或正服用八寶粉、驚風散等藥物。		
	6.最近三個月曾否注射免疫球蛋白(免疫血清)或使用免疫抑制劑或輸過血者。		
	最近		

※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。

※曾接受靜脈注射高劑量免疫球蛋白治療時，應間隔十一個月再接受麻疹疫苗或麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗。

※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，但接種要有醫師的醫囑。

※接種疫苗前請詳細閱讀本局印製之「媽媽的親愛保費手冊」。

※本評估表記錄後由各衛生所妥善保存一年。

評估後是否接種：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

評估者：\_\_\_\_\_

家長簽名：\_\_\_\_\_