

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、破傷風疫苗
小兒麻痺疫苗 白喉、破傷風類毒素
麻疹疫苗 麻疹腮腺炎德國麻疹疫苗
日本腦炎疫苗 A 型肝炎疫苗
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 村 里	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、哭鬧三小時以上...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...等病史		
	4.一年內有否抽痙狀況。		
	5.現在身體有無任何病徵如發燒 (38.5°C 以上)嘔吐、呼吸困難或正服用八寶粉、驚風散等藥物。		
	6.最近三個月曾否肌肉注射免疫球蛋白 (免疫血清) 或使用免疫抑制劑或輸過血者。		
	最近十一個月內是否曾靜脈注射免疫球蛋白。		

※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。

※接種疫苗前詳細閱讀本署印製之「媽媽的親愛寶貝手冊」。

※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:_____