

預防接種時程及紀錄表

支持菸品健康福利捐
寶貝疫苗防護有資源

姓名：

身分證字號：

出生日期：民國 年 月 日 性別：

聯絡住址：電話：

戶籍地址：電話：

母親姓名： ☐ 低出生體重兒， 公克

適 合 接 種 年 齡	疫 苗 種 類		預 約 日 期	接 種 日 期	接 種 單 位
出生24小時內 儘速接種	B 型 肝 炎 免 疫 球 蛋 白	一 劑	接種____年____月____日 時間____時____分		
	B 型 肝 炎 疫 苗	第一劑	接種____年____月____日 時間____時____分		
出生滿1個月	B 型 肝 炎 疫 苗	第二劑			
出生滿2個月	1 3 價 結 合 型 肺 炎 鏈 球 菌 疫 苗	第一劑			
	白喉破傷風非細胞 性百日咳、b型嗜血 桿菌及不活化小兒 麻痺五合一疫苗				
出生滿4個月	1 3 價 結 合 型 肺 炎 鏈 球 菌 疫 苗	第二劑			
	白喉破傷風非細胞 性百日咳、b型嗜血 桿菌及不活化小兒 麻痺五合一疫苗				
★出生滿5個月	卡 介 苗	一 劑			
出生滿6個月	B 型 肝 炎 疫 苗	第三劑			
	白喉破傷風非細胞 性百日咳、b型嗜血 桿菌及不活化小兒 麻痺五合一疫苗				
出生滿12個月	母親為B肝e抗原陽性的寶實應抽血檢測B型肝炎表面抗原(HBsAg)及表面 抗體(anti-HBs)，詳見第109頁。				

★建議接種時間為出生滿5-8個月

預防接種時程及紀錄表（續）

適 合 接種年齡	疫 苗 種 類		預 約 日 期	接 種 日 期	接 種 單 位
出生滿12個月	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	第一劑			
	水 痘 疫 苗	一 劑			
出生滿12到15個月	1 3 價 結 合 型 肺 炎 鏈 球 菌 疫 苗	第三劑			
	A 型 肝 炎 疫 苗 (特 定 對 象)	第一劑			
出生滿1年3個月	日 本 腦 炎 疫 苗 (活 性 減 毒)	第一劑			
出生滿1年6個月	A 型 肝 炎 疫 苗 (特 定 對 象)	隔6個月 第二劑			
	白喉破傷風非細胞 性百日咳、b型嗜血 桿菌及不活化小兒 麻痺五合一疫苗	第四劑			
出生滿2年3個月	日 本 腦 炎 疫 苗 (活 性 減 毒)	隔12個月 第二劑			
滿5歲至入國小前	白喉破傷風非細胞 性百日咳及不活化 小兒麻痺混合疫苗	一 劑			
	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗	第二劑			
國小一年級	卡 介 苗 (無接種紀錄且測驗陰性者補種)	一 劑			

*表列為目前由政府提供之預防接種項目。但A型肝炎疫苗僅提供特定對象接
種(請參閱第102頁)。如有疑問請撥打各縣市衛生局預防接種專線或1922洽詢
。

※本接種紀錄請家長務必永久保存，以備國小新生入學、出國留學及各項健康
紀錄檢查之需。

預防接種時程及紀錄表（續）

接種年齡	疫 苗 種 類	劑別	預 約 日 期	接 種 日 期	接 種 單 位
出生滿6個月至 國小6年級 ⁽¹⁾	流 感 疫 苗 (每年10月起接種)	第一劑			
	流 感 疫 苗 (每年10月起接種)	隔4週 第二劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			

※備註

- (1)8歲以下幼兒初次接種流感疫苗應接種兩劑，第一、二劑間隔4週以上，其後
每年應接種一劑。國小學童於學校全面接種一劑。
- (2)本頁空白欄提供嬰幼兒及學幼童各項新增或自費接種疫苗登錄之需。
- (3)各項自費接種疫苗請明列疫苗名稱，以利接種資料之完整登錄與後續應接
種劑別之評估。

預防接種時程及紀錄表（續）

接種年齡	疫 苗 種 類	劑別	預 約 日 期	接 種 日 期	接 種 單 位
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			
出生滿__個月		第__劑			

新生兒篩檢紀錄表

補助項目	補助時程	建議年齡	檢查日期	採集/檢查院所	結果
新生兒先天性代謝異常疾病篩檢 (見第16.17頁)	出生1個月內				☐ 異常 ☐ 無異常 ☐ 未/拒篩
新生兒聽力篩檢 (見第18頁)	出生3個月內				左耳: ☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未/拒篩 右耳: ☐ 通過 ☐ 不通過 ☐ 未/拒篩
大便卡篩檢第1次✖	-	出生滿1週內			☐ 正常 ☐ 不正常 ☐ 不確定或不知道
大便卡篩檢第2次✖	-	出生滿1個月 接種B型肝炎疫苗第2劑時			☐ 正常 ☐ 不正常 ☐ 不確定或不知道
髖關節篩檢 (見第19頁)	-				☐ 正常 ☐ 不正常 ☐ 不確定或不知道

※大便卡篩檢之重要性，請見第14-15頁；另請檢查院所協助將篩檢結果上傳至全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)，共同守護嬰兒健康(詳請洽轄區衛生局)。

兒童預防保健服務(含衛教指導)就醫憑證

兒童姓名:_____ 身分證字號:_____ 出生年月日:_____

次數	適用月/年齡	就醫序號		就診日期	服務院所戳章
		預防保健	衛教指導		
1	出生至2個月	11/71	01		
2	2至4個月	12/72	02		
3	4至10個月	13/73	03		
4	10個月至1歲半	15/75	04		
5	1歲半至2歲	16/76	05		
6	2歲至3歲	17/77	06		
7	3歲至未滿7歲	19/79	07		

- ※使用說明:
- 1.請持本憑證就診，並經服務院所加蓋戳章，院所始得向國民健康署申請費用給付。
 - 2.未帶本憑證就診，院所無法提供兒童預防保健(含衛教指導)服務。
 - 3.表內序號業經服務院所加蓋戳章使用者，不得再使用同一序號（序號如有修改，依國民健康署公告為準）。
 - 4.兒童超過適用月/年齡之序號則作廢，不得再使用。

兒童牙齒塗氟補助時程及紀錄

補助時程		日期	服務項目			院所名稱 牙醫師簽章
			塗氟	潔牙衛教	口腔檢查	
6個月－1歲	第1次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
1歲－1歲半	第2次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
1歲半－2歲	第3次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
2歲－2歲半	第4次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
2歲半－3歲	第5次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
3歲－3歲半	第6次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
3歲半－4歲	第7次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
4歲－4歲半	第8次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
4歲半－5歲	第9次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
5歲－5歲半	第10次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	
5歲半－6歲	第11次		有 ☐ 無 ☐	有 ☐ 無 ☐	有齲齒 ☐ 無齲齒 ☐	

- *衛生福利部心理及口腔健康司為了兒童口腔健康，補助未滿6歲兒童牙齒塗氟，由牙醫師每半年塗氟一次，口腔檢查及衛教，請家長多利用，不要放棄權利。
- *口腔保健記得二要二不：
- 一要：睡前一定要刷牙，一天至少刷兩次。
 - 二要：要有「氟」，包括使用含氟牙膏、每半年接受牙醫師塗氟及口腔檢查。
 - 一不：不要傷害牙齒；少甜食，多漱口，絕對不要含奶瓶睡覺。
 - 二不：不要以口餵食，家長們自己咀嚼過的食物不要再餵食寶寶。