

108 年度臺中市_____衛生所季節性流感疫苗

接種前評估/病歷表

接種人員務必攜帶：

- 1. 本評估表 (請確認是否已蓋學校戳章)
- 2. 健保卡

病歷號: _____

■ 姓名: _____ 性別: 男 女 ■ 身分證字號: _____

■ 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■ 聯絡電話: _____ 手機號碼: _____

■ 戶籍住址: _____ 市 _____ 區 _____ 里 _____ 路(街) _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

■ 體溫: _____ °C 血壓: _____ / _____ mmHg 心跳: _____ /min

是否曾接種過流感疫苗 是 → 不良反應: 無 有
否

接種對象 (教育局自購量):

- 正式專任合格教師 (含校長)
- 教師助理員 (含特教學生助理人員)
- 編制內專任運動教練
- 長期代理教師
- 長期代課教師
- 巡迴教師
- 教學支援人員
- 行政人員 (如人事、會計、幹事等)
- 工友、廚工 (限自辦午餐學校)
- 編制內警衛

學校戳章欄



※注意:核發前務請加蓋學校戳章,始有效力。

※ 1. 接種疫苗前請詳細閱讀相關衛教單張 2. 接種完畢後,請於所內或附近休息,並觀察有無不良反應,至少 30 分鐘。

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 罹患慢性疾病: <input type="checkbox"/> 肝臟 <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腎臟、糖尿病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 高血壓		
2. 目前有發燒、嘔吐及呼吸困難或其它急性疾病。		
3. 過去對流感疫苗有嚴重不良反應:如呼吸困難、聲音沙啞、氣喘、暈眩、眼睛或嘴唇腫脹、心跳加速、昏迷、休克等。		
4. 已知對「蛋」知蛋白質有嚴重過敏者。		
5. 一年內是否有全身性痙攣狀況。		
6. 最近三天內有感冒症狀或最近曾接受免疫抑制治療或手術者。		
7. 曾被其他醫師評估為不適合接種流感疫苗者。		

本人簽章: _____

※評估後是否接種: 是 否 → 原因: _____

評估者: _____ 疫苗批號: _____

接種日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日