

臺中市 _____ 南區 _____ 衛生所
 季節性流感疫苗、肺炎鏈球菌多醣體疫苗 接種前評估表/病歷表

姓名：_____ 性別：男 女
 身分證字號：_____ 聯絡電話：_____
 出生日期：_____年 _____月 _____日 手機號碼：_____
 現居住址：_____
 體溫：_____℃ 血壓：_____ / _____ mmHg 心跳：_____/min

季節性流感疫苗 <input type="checkbox"/> 曾接種者不良反應 <input type="checkbox"/> 有 _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 從未接種者	
接種疫苗批號：_____	電腦登入者蓋章：_____
健保 IC 卡請掛「6Z」 <input type="checkbox"/> 50 歲以上 <input type="checkbox"/> 65 歲以上 <input type="checkbox"/> 執業醫事人員 <input type="checkbox"/> 衛生防疫人員 <input type="checkbox"/> 安養、養護、長照機構對象(含工作人員) <input type="checkbox"/> 禽畜養殖工作人員 <input type="checkbox"/> 動物防疫工作人員 <input type="checkbox"/> 幼托人員 _____ <input type="checkbox"/> 產後 6 個月內父母【小孩 ID：_____ 出生年月日：_____】 <input type="checkbox"/> 孕婦 _____ 週 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 ICD code、重大傷病：_____ <input type="checkbox"/> 高風險慢性病患 _____【含 BMI ≥ 30】：_____ 身高：_____ 公分、體重：_____ 公斤 <input type="checkbox"/> 消防人員(勤工、信義) <input type="checkbox"/> 海、岸巡人員	
其他符合施打公費對象 <input type="checkbox"/> 國小：_____ <input type="checkbox"/> 國中：_____ <input type="checkbox"/> 高中：_____	
本市自購疫苗對象「不可掛號」 <input type="checkbox"/> 低收入、中低收入 <input type="checkbox"/> 市府、區公所、戶政防疫人員 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
肺炎鏈球菌多醣體疫苗 <input type="checkbox"/> 曾接種者不良反應 <input type="checkbox"/> 有 _____ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 從未接種者	
接種疫苗批號：_____	電腦登入者蓋章：_____
<input type="checkbox"/> 滿 60~74 歲-戶籍地臺中市 <input type="checkbox"/> 滿 55--59 歲 (本市原住民) 具有族籍證明之戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 滿 75 歲以上-CDC	

評 估 內 容	評估結果	
	是	否
罹患慢性疾病： <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 腎臟病 <input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 過敏症 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
1. 現在身體有無任何不適病徵(如:發燒 38℃、嘔吐、呼吸困難等...)		
2. 食用雞蛋會有過敏反應(如蕁麻疹等...).(流感)		
3. 過去注射疫苗或藥物(如流感疫苗、肺炎鏈球菌多醣體疫苗)曾經發生不良反應,如發燒(38℃以上)、呼吸困難、氣喘、暈眩、眼睛或嘴唇腫脹、心跳加速、昏迷、休克...等。		
4. 最近三天內有感冒症狀或其他明顯疾病與手術者。		
5. 類固醇使用者或打針吃藥過敏者,或曾被其他醫師評估為不適合接種者。		
6. 過去 10 天內是否曾經出國 (流感)		
7. 60 歲後是否曾接種過肺炎鏈球菌多醣體疫苗		

*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。

本人(家屬)簽章：_____ 日期：_____年 _____月 _____日
 ※評估後是否接種：是 否→原因：_____
 醫師簽章：_____ 接種者簽章：_____