

臺北市立聯合醫院實、見習人員健康調查表

一、 基本資料： 姓名： _____ 學校： _____

實習 單位		實習期間	____年____月____日~ ____年____月____日
聯絡 電話		E-mail	

◎請問您最近三個月是否有下列身體不適狀況？

- ☐ 沒有
☐ 有，請勾填下表

症狀	症狀出現日期	就醫	醫師診斷	目前症狀說明
發燒		○有○無		
呼吸道症狀 (如流鼻水. 咳嗽. 喉嚨痛)		○有○無		
腹瀉 (每日三次以上)		○有○無		
皮膚紅疹		○有○無		
其他 (請說明)		○有○無		

二、 體檢結果:體檢日期: _____年____月____日

類別	檢驗結果	疫苗接種與其他
胸部 X 光 (3 個月內)	☐ 正常 ☐ 異常	異常者提報無傳染性疾病之證明
流行性感冒	不需檢驗	☐ 有 日期:____年__月__日 未施打疫苗者，實習期間若值季節性流感期間，除經評估具接種禁忌症而不適合接種之情形外，應配合本院流感防治政策接種流感疫苗。
B 型肝炎	HBsAg ☐ 陽性 ☐ 陰性 Anti-HBs ☐ 陽性 ☐ 陰性	☐ 有 日期: 年 月 日 ☐ 抗體及抗原均為陰性者須檢附疫苗接種證明
麻疹抗體	☐ 陽性 ☐ 陰性	☐ 有 日期:____年__月__日 ☐ 1981 年後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明
水痘抗體	☐ 陽性 ☐ 陰性	☐ 有 日期:____年__月__日 ☐ 若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明

學生簽章:_____

實習單位簽章:_____

感染管制室會簽:_____