

# 預防接種前幼兒健康評估表

☐ 兒童健康檢查：\_\_\_\_\_

**\* 基本資料：**

幼兒姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

電子郵件：\_\_\_\_\_

性別：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

體溫：\_\_\_\_\_

身高：\_\_\_\_\_

體重：\_\_\_\_\_

頭圍：\_\_\_\_\_

**\* 擬接種疫苗種類：**

卡介苗     B 型肝炎疫苗 ( 1 2 3 )     五合一疫苗 ( 1 2 3 4 )

水痘疫苗     麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 ( 第一劑 )

日本腦炎疫苗 ( 1 2 3 )     幼兒流感疫苗：初次  否  是 ( 1 2 )

肺炎鏈球菌 PCV13 ( 1 2 3 4 )     其他 \_\_\_\_\_

**\* 健康評估**

評 估 內 容	評估結果	
	是	否
1. 以前預防接種是否有嚴重特殊反應如發高燒 (40.5°C 以上)、抽筋、昏迷、休克、哭鬧 3 小時以上…等		
2. 是否曾對同一類疫苗或對疫苗的任何成份 (如雞蛋明膠及新黴素) 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. 接種活性減毒疫苗：本人或家屬是否有白血病、癌症、免疫缺失…等病史與家族遺傳疾病或使用免疫抑制劑等。 * 本人 30 天內 (或預定) 施行腸道或肛門手術，應改接種注射式小兒麻痺疫苗。 * 本人如長期服用中藥，致無法評估，請轉介至兒科專科醫師評估後再接種。	本人  家屬	
5. 一年內是否有抽搐狀況。		
6. 最近三天內有無就醫、吃藥等情形，現在身體有無任何病徵，如發燒 (38.5°C 以上)、紅疹、皮疹、紫斑、嘔吐、呼吸困難…等或正服用水楊酸 (阿斯匹靈) 等藥物。		
7. <input type="checkbox"/> 最近 3 個月曾否肌肉注射免疫球蛋白 (免疫血清)。 <input type="checkbox"/> 最近 6 個月曾否輸過血或接受靜脈注射血液製品 (Washed RBCs 除外)。 <input type="checkbox"/> 最近 11 個月是否曾靜脈注射高劑量 (≥ 1g/kg) 免疫球蛋白。 * 上列狀況如經評估為 “是” 者，應依其規範之間隔時間，再接種水痘疫苗或麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗。		
8. 是否對食物或藥物過敏。		
9. 是否使用類固醇。		
10. 是否有自費外加預防接種。		

**\* 備註**

1. 嬰幼兒服用未經衛生署核准及醫師處方之八寶粉、驚風散、珍珠粉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。
2. 水痘疫苗接種後 6 星期內不可服用阿斯匹林。
3. 以上評估結果請按各項疫苗之禁忌、決定是否給予接種。
4. 如無法判定，請協調家屬帶幼兒前往預注協辦醫院診所，請醫師詳細評估是否接種，如續由衛生所接種，請持醫師證明。
5. 接種疫苗前請詳細閱讀『兒童健康手冊』及相關衛教單張。
6. 本評估紀錄後由各衛生所妥善保存 6 年。

評估後是否接種：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

評估者：\_\_\_\_\_

電腦登錄人員：\_\_\_\_\_

家長簽名：\_\_\_\_\_

疫苗接種人員：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日