馬偕紀念醫院代訓人員含實習見習生健康聲明書 V10

感染管制中心 2018.06.21 制訂

2023.08.09 修訂

姓名: 身分證字號(或護照號碼): 出生日期:　　年　　月　　日	職稱: 國籍:□台灣□其它:	代訓單位: 所屬院區:□台北□兒醫□淡水 代訓(實習)期間:　　年　　月　　日起 至　　年　　月　　日止

代訓類別勾選					防疫檢查與疫苗注射結果		代訓人員原服務醫院關防	
婦兒科醫護人員[註2]	第一線人員[註1]	營養醫學人員	非第一線人員	非醫療照護人員	註: 1.第一線人員是指會接觸到病人的所有醫療照護人員，包括整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。 2.凡會接觸到婦兒科病人之醫療照護人員，無論代訓期間多長，代訓類別皆屬婦兒科醫護人員。 3.「證明單位用印」指的是抗體檢測或提供疫苗施打機構或證明醫師用印。		需檢附證明	證明單位用印[註3]
●	●	●	●	●	胸部 X 光	檢查日期： ○正常 ○異常(□結核病相關□其它：　　) 未檢查原因：	□3 個月內所照的為限(紙本報告)	
●	●	●	●	●	流感	最近一年內是否完成流感疫苗注射： ○是(注射日期：　　) ○否(未注射原因：　　)	□檢附疫苗注射證明	
●	●	●	●	●	B 型肝炎	檢查日期： 表面抗原(HBsAg)：○陽性○陰性 表面抗體(Anti-HBs)：○陽性○陰性 表面抗原及表面抗體陰性者是否完成 B 型肝炎疫苗注射： ○是(注射日期 1：　　2：　　3：　　) ○否	□檢附檢驗結果或疫苗注射證明	
●	●	●			水痘	檢查日期： 水痘抗體(V-Z IgG)○陽性 ○陰性 水痘抗體陰性者是否完成水痘疫苗注射(2 劑)： ○是(注射日期 1：　　2：　　) ○否	□檢附檢驗結果或疫苗注射證明	
●	●	●			麻疹腮腺炎德國麻疹	檢查日期： 麻疹抗體(Measles IgG)：○陽性○陰性 德國麻疹抗體(Rubella IgG)：○陽性○陰性 麻疹抗體或德國麻疹抗體陰性者是否完成 MMR 疫苗注射(1-2 劑)： ○是(注射日期 1：　　2：　　) ○否	□檢附檢驗結果或疫苗注射證明	
●					白喉百日咳破傷風	是否注射 Tdap 疫苗(代訓滿三個月者必填)： ○是(注射日期：　　) ○否	□檢附疫苗注射證明	
		●			A 型肝炎	檢查日期： A 肝抗體(Anti-HAV IgM)：○陽性○陰性 A 肝抗體(Anti-HAV IgG)：○陽性○陰性 Anti-HAV IgG 陰性需完成 A 型肝炎疫苗注射(2 劑)： ○是(注射日期 1：　　2：　　) ○否	□檢附檢驗結果或疫苗注射證明	

立同意書人簽名：　　日期：　　年　　月　　日

馬偕紀念醫院代訓單位主管核章：