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
	□1966 年(含)以後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	
德國麻疹抗體	□陽性 □陰性	□有 日期:___年__月__日
	□1966 年(含)以後出生者若無 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 :