

新竹馬偕紀念醫院代訓、外包人員健康聲明書

姓名：					職稱：					代訓單位：									
身分證字號(或護照號碼)：					國籍： <input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其它：					代訓(實習)期間： 年 月 日起									
出生日期： 年 月 日										至 年 月 日止									
代訓類別勾選					防疫檢查與疫苗注射結果														
婦 兒 科 醫 護 人 員	第 一 線 醫 學 人 員	營 養 醫 學 人 員	非 第 一 線 醫 學 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. 「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										代訓人員原服務醫院關防				
										需檢附證明					證明單位用印				
•	•	•	•	•	胸部X光					檢查日期： <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 異常(<input type="checkbox"/> 結核病相關 <input type="checkbox"/> 其它：) 未檢查原因：					<input type="checkbox"/> 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： <input type="radio"/> 是(注射日期：) <input type="radio"/> 否(未注射原因：)					<input type="checkbox"/> 檢附疫苗 注射證明				
•	•	•	•	•	B型肝炎					檢查日期： 表面抗原(HBsAg)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 表面抗體(Anti-HBs)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 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： <input type="radio"/> 是(注射日期1： 2： 3：) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 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)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 德國麻疹抗體(Rubella IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 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)： <input type="radio"/> 是(注射日期1： 2：) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 檢附檢驗 結果或疫苗 注射證明				
•	•	•	•	•	A型肝炎					檢查日期： A肝抗體(Anti-HAV IgM)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 A肝抗體(Anti-HAV IgG)： <input type="radio"/> 陽性 <input type="radio"/> 陰性 Anti-HAV IgG陰性需完成A型肝炎疫苗 注射(2劑)： <input type="radio"/> 是(注射日期1： 2：) <input type="radio"/> 否					<input type="checkbox"/> 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																			
<input type="checkbox"/> 已依規定檢附證明、 <input type="checkbox"/> 未檢附證明，說明： _____ ；																			
職安室護理師核章： _____ 職安室主任核章： _____																			
新竹馬偕紀念醫院代訓單位主管核章： _____																			