

預防接種轉移通知單

姓名：_____ 身分證字號：

出生日期：民國____年____月____日 性別：_____

同胎次序：_____ (多胞胎請填次序/單胎請勿填寫)

戶籍地住址：縣 鄉鎮 村 路
市 市區 里 鄰 街
段 巷 弄 號 樓 室

母親資料 (必填) 姓名：_____ 身分證字號：
出生日期：民國____年____月____日 電話：_____

適合接種年齡	疫苗種類	醫師章	接種日期	疫苗批號
出生 24 小時內 儘速接種	B 型肝炎免疫球蛋白 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 自 一劑			
	B 型肝炎疫苗 第一劑			
出生 24 小時以後	卡介苗 一劑			
出生滿 1 個月	B 型肝炎疫苗 第二劑			
出生滿 2 個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗 第一劑			
出生滿 4 個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗 第二劑			
出生滿 6 個月	B 型肝炎疫苗 第三劑			
	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗			

國軍新竹地區醫院 附設民眾診療服務處

適合接種年齡	疫苗種類	醫師章	接種日期	疫苗批號
出生滿 12 個月	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 第一劑			
	水痘疫苗 一劑			
出生滿 1 年 3 個月	日本腦炎疫苗 第一劑			
	日本腦炎疫苗 隔二週第二劑			
出生滿 1 年 6 個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗 第四劑			
出生滿 2 年 3 個月	日本腦炎疫苗 第三劑			
滿 5 歲至入國小前	減量破傷風白喉非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗 一劑			
	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗 第二劑			
	日本腦炎疫苗 第四劑			
	* 肺炎鏈球菌十三價疫苗 <input type="checkbox"/> 公 <input type="checkbox"/> 自 第 劑			
	* 羅特律口服輪狀病毒疫苗 第 劑			
	* 流感疫苗 (FLU) <input type="checkbox"/> 初次接種 (二劑需間隔一個月) <input type="checkbox"/> 曾經接種 第 劑			
	* A 型肝炎疫苗 (Hep A) 第 劑			

