

國立臺灣大學醫學院附設醫院(實習學生版)

B 型肝炎免疫情形暨 X 光檢查報告單繳交紀錄單

類別： ☐ 實習醫師 ☐ 實習醫學生 ☒ 實習醫事學生 ☐ 見習醫事學生	
姓名：	就讀學校：
身份證字號：	系級：
實習期間： 年 月 日起至 年 月 日止	
曾否接受 B 型肝炎疫苗注射， ☐ 有 ☐ 無	
前經篩檢 B 型肝炎免疫情形如下：	檢查地點：
☐ Anti-HBsAb(-)、HBsAg(+)，帶原者，需檢附檢驗證明影本。	
☐ Anti-HBsAb(+)、HBsAg(-)，已具有 B 型肝炎抗體，需檢附檢驗證明影本。	
☐ Anti-HBsAb(-)、HBsAg(-) ○完成部份 B 型肝炎疫苗注射，疫苗施打日期_____，需檢附檢驗證明及疫苗注射證明影本。 ○已完成全程 B 型肝炎疫苗注射，B 型肝炎表面抗體仍呈陰性反應，檢附注射疫苗及檢驗證明影本。	
本人知悉「國立臺灣大學醫學院附設醫院 B 型肝炎預防措施實施要點」之相關規定，且願意遵守。	
本人簽章：	日期： 年 月 日
是否已繳交胸部 X 光檢查報告單： ☐ 是，檢查日期：_____， ☐ 否 ☐ 不需繳交*	
*在本院實習/訓練超過 3 個月以上者方需繳交。 *胸部 X 光報告單以 3 個月內所照的為限。	