

新北市國小入校集中接種說明及意願書

109 年 6 月版

親愛的家長您好：

本校為配合本市衛生所於____年____月____日為您的子女進行疫苗補接種服務，特此通知並徵求您的同意，並請您閱讀下列資訊後，填寫接種意願書，再交由貴子女繳回學校，感謝您的支持與配合！

-
- 一、各項疫苗需按規定年齡、間隔時間及劑次完成接種，才能達到最高免疫效力，以避免因感染傳染病而造成終身遺憾。
 - 二、為了保護您孩子的健康，學校在學童於 9 月入學時會辦理預防接種紀錄檢查，目的在瞭解學童入學前各項疫苗接種之情形，對未接種者或接種不完全者，將由學校及衛生所安排辦理補接種事宜；**請確認學童入學繳交之「預防接種時程及紀錄表」影本為學童完整之疫苗接種資訊，以避免重複施打疫苗情形發生。**
 - 三、學童入學前應完成之預防接種項目包括包括卡介苗（1 劑）、B 型肝炎疫苗（3 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（4 劑）、水痘疫苗（1 劑）、日本腦炎疫苗（4 劑）或活性減毒日本腦炎疫苗（2 劑）、麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗（2 劑）、白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗（1 劑）。
 - 四、學童有下列情況者，不宜接種疫苗：
 - （一）發高燒者。
 - （二）過去接種白喉、破傷風、百日咳混合疫苗有發生副作用且反應嚴重者（如 48 小時內哭鬧不停持續 3 小時以上，或 3 天內發生昏迷、休克、痙攣）。
 - （三）患有心臟血管系統、腎臟或肝臟疾病者等且經醫師評估不適合接種。
-

請接背面

新北市政府衛生局關心您

- (四) 患有嚴重急性症狀及免疫力不全或受損者(如免疫缺乏症、白血病、淋巴瘤及血液惡病質者)或正接受免疫抑制劑治療者(服用類固醇者,請與醫師討論是否適合接種疫苗)。
- (五) 嚴重濕疹者。
- (六) 患有嚴重疾病者,但一般感冒不在此限。
- (七) 病後衰弱,明顯的營養不良者。
- (八) 有先天性畸型及嚴重的內臟機能障礙者。
- (九) 患有進行性痙攣或神經系統可能有問題者,但已不再進行的神經系統疾病,如腦性麻痺,不在此限。
- (十) 接種上述疫苗,曾有過敏反應者。
- (十一) 經醫師診斷不適合疫苗接種者。
- (十二) 接種前3個月內有使用一般肌肉注射免疫球蛋白治療。
- (十三) 接種前6個月內有使用靜脈注射血液製品或輸血者。
- (十四) 最近11個月內曾靜脈注射高劑量($\geq 1\text{g/kg}$)免疫球蛋白者。

五、接種疫苗後可能發生的反應：

- (一) 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:接種後可能有發燒或注射部位疼痛、紅腫的反應。
- (二) 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗:接種後僅少數於5至12天會有疹子、咳嗽、鼻炎、發燒或暫時性關節痛,但很快會消失。
- (三) 日本腦炎疫苗:接種後一般無不良反應,但偶有發燒或注射部位局部疼痛現象。

六、接種疫苗後請多喝開水、多休息,如有特殊不良反應如發高燒、抽筋、昏迷、休克等症狀,請儘速至轄區衛生所或醫療院所就醫。

新北市政府衛生局 啟

【疫苗補接種意願書】

我已經閱讀並瞭解疫苗的相關資訊,亦確認我的子女無上述接種禁忌,並且決定我的子女_____班_____號姓名_____

(生日:____年____月____日,性別:男生 女生,身分證字號:_____)

願意接種 ; 不願意接種,原因:_____

接種當日體溫($^{\circ}\text{C}$): _____ $^{\circ}\text{C}$

家長簽名: _____ (請簽中文全名或蓋印章*) 日期: ____年____月____日

※接種當日攜帶證件:本意願書及兒童健康手冊正本。

***印章需含中文全名,且請勿蓋卡通姓名章或貼姓名貼紙等非正式印章及簽名。**