

自 112 年 1 月 1 日起

1. 代訓人員 30 天內不收區域級體檢報告
2. 實習人員來一天也要收區域級醫院報告

## 國立成功大學醫學院附設醫院 B 型肝炎、麻疹、德國麻疹及水痘免疫情形及胸部 X 光檢查切結書

### 壹、基本資料：

- 一、身分：代訓醫師    代訓醫事人員    實習醫學生 (Intern)  
實習學生    實習護生    實習醫學生 (Clerk)

二、派訓單位(所屬醫院或就讀學校)：\_\_\_\_\_

三、受訓期間：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日起至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日止

四、受訓單位：\_\_\_\_\_

### 貳、B 型肝炎表面抗原/抗體、麻疹抗體、德國麻疹及水痘抗體：

檢驗 項目 結果及 接種狀態	B 型肝炎 (3 年內-區域醫院報告)			麻疹 (5 年內-區域醫 院報告)		德國麻疹 (5 年內-區域醫 院報告)		水痘 (3 年內-區域醫 院報告)	
	抗原(+) 抗體(-)	抗原(-) 抗體(+)	抗原(-) 抗體(-)	抗體 (+)	抗體(-) 含不明確	抗體 (+)	抗體(-) 含不明確	抗體 (+)	抗體(-) 含不明確
結果(請勾選)									
注射疫苗注射中 (繳交接種證明)									
未注射疫苗，一切 後果願自行負責									

### 參、112.12.12 感管中心修訂-胸部 X 光(1 年內-區域醫院報告)：

無明顯異常

疑似異常已完成追蹤 (報告異常未就醫者，本院將不開立受訓證明，並通知受訓單位終止訓練)。

本人已知悉，並願意遵守有關規定。

本人簽章：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

二級主管簽章 (組長或護理長)：\_\_\_\_\_ 部室主管簽章：\_\_\_\_\_

經辦單位	項 目	核 章
勞安室	<input type="checkbox"/> 該學員已繳交胸部 X 光及 B 型肝炎表面抗原/抗體、麻疹抗體、德國麻疹及水痘 抗體檢查報告。	