

# 成人疫苗接種 禁忌症 篩查清單

患者姓名 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
月 日 年

家庭医生

**適用於患者：**下列問題將協助我們判定您今天可接種哪種疫苗。若有任何一題您回答「是」，並不一定代表您不應接種疫苗，只是代表還必須詢問額外的問題。若有問題不清楚，請要求醫護人員解釋。

	是	否	不知道
1. 您今天生病嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您對藥物、食物、疫苗成份或乳膠會過敏嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 您是否曾在接種疫苗後產生嚴重反應？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 您是否有心臟、肺臟、腎臟方面的長期健康問題，或代謝疾病（例如糖尿病）、氣喘、血液異常、無脾臟、補體缺乏、裝有人工耳蝸，或是脊髓液滲漏？您正在接受長期阿斯匹靈療法嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 您是否罹患癌症、白血病、人類免疫不全病毒 (HIV)／愛滋病 (AIDS) 或有任何其他免疫系統問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 您的雙親或兄弟姊妹是否有免疫系統問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 過去 3 個月內，您是否曾使用過會影響免疫系統的藥物，例如強體松、其他類固醇或抗癌藥物；治療類風濕性關節炎、克隆氏症或乾癬的藥物；或者您曾經接受過放射治療？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 您是否曾經有癲癇或是大腦或其他神經系統的問題？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 過去一年期間，您曾經接受過輸血或血液製品輸注，或是曾經接受過免疫 (丙型) 球蛋白或抗病毒藥物嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 適用於女性：您目前是否懷孕，或有可能在下個月內懷孕？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 過去 4 週內，您曾經接種過任何疫苗嗎？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

表格填寫者 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

表格審查者 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

**您有沒有攜帶免疫接種記錄卡？**

是  否

保留疫苗接種的個人記錄對您很重要。若您沒有個人記錄，請要求醫護人員提供給您。請將此記錄保存在安全的地方，每次就醫時隨身攜帶。請務必讓醫護人員在這張卡上記錄您接種的所有疫苗。