

書寫範例

臺北市衛生局 人類乳突病毒(HPV)疫苗接種同意書暨評估單

109.11.修訂

親愛的同學及家長，你們好：

為預防子宮頸癌，特此通知並徵求您的同意本疫苗預防接種服務，請您詳讀「人類乳突病毒疫苗衛教手冊」、「人類乳突病毒疫苗接種說明」後，填寫接種同意書暨評估單，感謝您的支持與配合！

被接種者姓名：王小美 本國籍身分證字號：F223456789 生日：97年4月20日

就讀學校：○○國中 縣(市) 臺北市 年級：7 班級：1 座號：1

緊急聯絡人：王爸爸 ☒父 ☐母 ☐其他： 緊急連絡人電話：0912345678

● 是否有轉學過？☐否；☐是，曾經就讀過 縣/市 國中

參加接種服務意願請勾選(二擇一)

☐同意：我(我的子女/照顧對象)未曾接種過 HPV 疫苗，且充分閱讀 HPV 疫苗衛教手冊與疫苗接種說明，並同意接種 HPV 疫苗及接種資料作為政策評估使用。

☐不同意：我(我的子女/照顧對象)不同意接種 HPV 疫苗，
原因：☐已接種過 HPV 疫苗 ☐日後會自費接種 HPV 疫苗 ☐不想接種 ☐其他：

◎簽名者已經閱讀並瞭解人類乳突病毒疫苗的相關資訊，瞭解此項疫苗之保護效果、副作用及禁忌，並確認被接種者無接種禁忌。

學生(被接種者)簽名：王小美 日期：110年3月8日

家屬/關係人簽名：王爸爸，與被接種者之關係 父女 日期：110年3月8日。
(此欄簽名者須滿 20 歲)

*請勿使用鉛筆簽名，並請簽正楷中文全名

【接種前自我評估】

請逐一勾選

- ◎ 下列評估表為家長與被接種者共同勾選結果，將列為醫師評估重要依據
◎ 懷孕期間無法接種疫苗，請家長確實評估，醫師將完全採信評估結果

評估內容	評估結果	
	是	否
1.以前是否曾對人類乳突病毒疫苗或其他疫苗的任何成分(包括酵母菌)有過敏反應，如紅疹、嘔吐、呼吸困難等。		☒
2.目前是否有發燒、心臟衰竭、肝腎功能異常、關節炎、紅斑性狼瘡等病症。		☒
3.本人目前是否有懷孕。		☒
4.本人是否有子宮頸癌、免疫缺乏、凝血功能異常等病史，或使用免疫抑制劑等。		☒
5.以前預防接種是否有嚴重特殊反應，如發燒(38°C以上)、抽搐、昏迷、休克等。		☒

【接種當日由醫護人員填寫】

- ◎ 提醒：依照仿單 ☐第一劑接種時 9~14 歲 採用二劑接種時程
☐第一劑接種時 15 歲以上 採用三劑接種時程(請於衛生局指定院所接種)

目前有無發燒(38°C以上)： ☐ 是 ☐ 否	接種前體溫： °C
評估後是否接種：是 ☐ 否 ☐	接種地點： ☐ 校園 ☐ 醫療院所 評估醫師簽章：
本疫苗 次苗 接種 名稱 ☐ 保蓓™人類乳突病毒第 16/18 型疫苗注射劑 0.5 毫升 ☐ 嘉喜®[四價人類乳突病毒(第 6、11、16、18 型)基因重組疫苗]注射劑 0.5 毫升 ☐ 嘉喜®[九價人類乳突病毒(第 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 型)基因重組疫苗]注射劑 0.5 毫升	
接種劑次： ☐ 第一劑 ☐ 第二劑 ☐ 第三劑	疫苗批號：
接種日期： 年 月 日	接種人員簽章：
接種單位名稱：	

本項服務經費來自衛生福利部國民健康署菸品健康福利捐

確認是否轉學過

僅得勾選 1 項

第一聯：由衛生局(所)保存、第二聯：由醫療院所依法保