

## 育齡婦女麻疹、德國麻疹、腮腺炎混合疫苗接種評估表

本人瞭解所述接種後可能產生的現象及不可接種的情況，並自願接種麻疹、德國麻疹、腮腺炎混合疫苗。

※ 接受本項疫苗接種時，本人並未懷孕，最後一次月經：\_\_\_\_\_ 體溫：\_\_\_\_\_

※ 外籍婦女同意接種者，請本人及配偶簽名。

自願接種者簽名：\_\_\_\_\_ 外籍婦女配偶簽名：\_\_\_\_\_

國籍：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

身份證字號或(證件號碼)：\_\_\_\_\_

接種日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

接種護士：\_\_\_\_\_ 評估者：醫師 \_\_\_\_\_ 護士 \_\_\_\_\_

### 有下列情況者不可接種：

- 1、懷孕之婦女
- 2、三個月內準備懷孕者
- 3、患有嚴重疾病者，但一般感冒不在此限
- 4、免疫能力不全者
- 5、正使用腎上腺皮質素或抗癌藥物治療者

**接種後可能產生之現象：**一般無不良反應，僅少數人會有下列情況

- 1、身體部位：皮膚紅疹、淋巴腺腫、偶有暫時性小關節痛，1-2 天即消失。
- 2、注射部位：可能發生疼痛、硬塊或發紅，但皆無大礙。
- 3、全身症狀：發燒、喉嚨痛、頭痛、倦怠感。

※ 接種後請多喝開水，如有特殊反應時，可至轄區衛生所或醫院診所診治處理。