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。