**臺北市國小新生預防接種調查表**

**10**

**開學時繳交**

親愛的家長，您好：

 為保護您孩子的健康，請記得於**開學時**將**預防接種時程及紀錄表（或有關之接種證明）影本，併同填妥之本調查表繳交學校**，俾利衛生單位進行核對，並依查核結果，需進行補種之幼兒，請攜至臺北市立聯合醫院附設院外門診部或本市預防接種協辦醫療院所進行補接種，以免學校學生發生集體傳染病。

 臺北市政府衛生局 敬上

**【基 本 資 料】（必填）**

 國民小學， 年 班，座號： 性別：

學生姓名： 出生日期： 年 月 日 身分證字號：

家長稱謂： 電話：（公） （宅）

手機1： 手機2：

電子郵件：

 縣 區（鄉） 村 街

戶籍住址： 市 鎮（市） 里 路 段 巷 弄 號 樓

 縣 區（鄉） 村 街

現在地址： 市 鎮（市） 里 路 段 巷 弄 號 樓

 □(同戶籍地址打勾免填)

【**預 防 接 種 紀 錄**】

**（※請於虛線下方浮貼預防接種時程及紀錄表影印本）**

|  |
| --- |
| **（※請於虛線內浮貼預防接種時程及紀錄表影印本）** |

備註：

若預防接種紀錄遺失：

1、請向原接種單位申請補發兒童健康手冊。

2、設籍臺北市兒童：請至戶籍所在地之臺北市健康服務中心，申請兒童健康手冊。

3、設籍外縣市兒童：請家長向戶籍所在地衛生所申請補發。

🖎家長簽章（請簽全名）： 填表日期 年 月

☆【如有疫苗缺打，請於入學前自行前往醫療院所接種，如於開學後補接種，請待萬華區健

 康服務中心核卡後，學校健康中心開立補接種單，方可至醫療院所施打。】