

彰化縣衛生局 人類乳突病毒(HPV)疫苗接種同意書暨評估單

親愛的同學及家長，您們好：

為預防子宮頸癌、頭頸癌及人類外生殖器癌等，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：王小明 本國籍身分證字號：N123456789 生日：100年1月1日

就讀學校：彰化縣線西國中 年級：8 班級：1 座號：20

緊急聯絡人姓名：王大明 稱謂：☒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 疫苗或已接種過第 1 劑/第 1-2 劑 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：

☐已接種過完整劑次 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：王小明 日期：114年9月4日

家屬/關係人簽名：王大明，與被接種者之關係父子 日期：114年9月4日。
(此欄簽名者須滿 18 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】

◎ 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.本人是否有癌症、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（耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）、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 1 劑接種時 9~14 歲 採用 2 劑接種時程

☐第 1 劑接種時 15 歲以上 採用 3 劑接種時程(請於衛生局指定院所接種)

目前有無發燒（耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		接種前體溫： <u> </u> $^{\circ}\text{C}$	
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		接種地點： <input type="checkbox"/> 校園 <input type="checkbox"/> 醫療院所	評估醫師簽章：
本疫苗 次苗 接種 名稱	<input checked="" type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑 <input type="checkbox"/> 第 3 劑		疫苗批號：	
接種日期： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日		接種人員簽章：	
接種單位名稱：			

彰化縣衛生局

不同意接種之範例
請注意：勿撕開、簽名簽全名、勿塗改
若有塗改請自行列印新的填寫

人類乳突病毒(HPV)疫苗接種同意書暨評估單

親愛的同學及家長，您們好：

為預防子宮頸癌、頭頸癌及人類外生殖器癌等，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：王小明 本國籍身分證字號：N123456789 生日：100年1月1日就讀學校：彰化縣線西國中 年級：8 班級：1 座號：20緊急聯絡人姓名：王大明 稱謂：☒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 疫苗或已接種過第 1 劑/第 1、2 劑 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：

☐已接種過完整劑次 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：王小明 日期：114年9月4日

家屬/關係人簽名：王大明，與被接種者之關係父子 日期：114年9月4日。
(此欄簽名者須滿 18 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】

- ◎ 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.本人是否有癌症、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（耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）、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 1 劑接種時 9~14 歲 採用 2 劑接種時程
☐第 1 劑接種時 15 歲以上 採用 3 劑接種時程(請於衛生局指定院所接種)

目前有無發燒（耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ；額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		接種前體溫： <u> </u> $^{\circ}\text{C}$	
評估後是否接種： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		接種地點： <input type="checkbox"/> 校園 <input type="checkbox"/> 醫療院所	評估醫師簽章：
本疫苗 次苗 接種 名稱	<input checked="" type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 第 1 劑 <input type="checkbox"/> 第 2 劑 <input type="checkbox"/> 第 3 劑		疫苗批號：	
接種日期： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日		接種人員簽章：	
接種單位名稱：			