

**彰化縣衛生局**  
**人類乳突病毒(HPV)疫苗接種同意書暨評估單**

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

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> °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： 年 月 日  |   | 接種人員簽章：                             |
| 接種單位名稱：  |   |                                     |

## 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> °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 |
| 本疫苗接種名稱： <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            | 評估醫師簽章：   |
| 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： 年 月 日  | 接種人員簽章：   |
| 接種單位名稱：  |   |