

後續處理 (此欄位以下資料，請於調查後再填寫)		
追蹤介入時間 及處理情形	接種單位	衛生局/所
其他	接種後是否有不良反應： <input type="checkbox"/> 無；_____人 <input type="checkbox"/> 有；_____人，症狀：_____ 症狀發生時間：_____月_____日_____時，於接種後_____小時 是否就醫： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，就診日期：_____，就診地點：_____ 處置：_____ _____ _____	
檢討改善		
是否有規劃詳細接種流程： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（檢附接種流程及說明三讀五對查核點） 三讀五對說明： 改善情形：		
異常接種個案基本資料		
1.姓名：_____，出生日期：_____年_____月_____日，接種時年齡：_____歲_____月 預防接種史 ：最近一次流感疫苗時間：_____年_____月_____日，為本流行季第_____劑次。 2.姓名：_____，出生日期：_____年_____月_____日，接種時年齡：_____歲_____月 預防接種史 ：最近一次流感疫苗時間：_____年_____月_____日，為本流行季第_____劑次。 3.姓名：_____，出生日期：_____年_____月_____日，接種時年齡：_____歲_____月 預防接種史 ：最近一次流感疫苗時間：_____年_____月_____日，為本流行季第_____劑次。 （欄位不敷使用，請自行增列）		

衛生所
填表人

衛生所
主任

衛生局
審查人員

衛生局
單位主管