

\_\_\_\_\_縣(市)「112年度流感疫苗接種計畫」安養、長期照顧(服務)等機構之受照顧者及所屬工作人員接種名冊

機構類別：安養機構 長期照顧機構 長期照顧服務機構(含居家式、社區式及機構住宿式服務類)  
護理之家(不含產後護理之家) 榮譽國民之家 居家護理 身心障礙福利機構(不含福利服務中心)  
身心障礙者社區式服務(含社區日間作業設施、社區式日間照顧服務、家庭托顧及社區居住)個案 精神醫療機構(係指設有急/慢性精神病床或精神科日間留院服務之醫院，不含精神科診所)  
精神復健機構(含日間型及住宿型機構) 呼吸照護中心

接種對象類別：受照顧者 機構所屬直接照顧之工作人員 機構所屬之醫事人員(具執業登記)

機構名稱：\_\_\_\_\_ 負責人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

機構總人數：\_\_\_\_\_ 擬接種人數：\_\_\_\_\_

接種之合約醫療院所名稱：\_\_\_\_\_ ※本表虛線以內之欄位，由實際執行接種之醫療院所填寫。  
 十碼代碼：\_\_\_\_\_ ※

| 編號 | 姓名 | 出生年月日 | 身分證統一編號 | 接種情形   |  |      |       |         |
|----|----|-------|---------|--------|--|------|-------|---------|
|    |    |       |         | 醫師評估結果 |  | 接種日期 | 未接種原因 | 疫苗廠牌及批號 |
|    |    |       |         | 可否接種   |  |      |       |         |
| 可  | 否  |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |
|    |    |       |         |        |  |      |       |         |

附註：1.填表時請勾選所屬機構類別及接種對象類別，並請將受照顧者及直接照顧之工作人員分開填寫。  
 2.具接種意願者填寫個人資料進行列冊。接種名冊各欄位資料請填寫完整，俾利後續追蹤、統計分析。  
 3.本表虛線以內之欄位，由實際執行接種之醫療院所填寫。

填表機關  
核 章

執行接種之  
醫師及醫療院所核章