

結合型肺炎鏈球菌疫苗 (PCV) 接種

嚴重不良事件通報單

通 報 單 位			接 種 單 位			
單位名稱： 地址： 填報人姓名： 聯絡電話：			單位名稱： 地址： 接種人姓名： 聯絡電話：			
個案基本資料		疫 苗 資 料				
姓名	出生日期	接種日期	廠牌	批號	效期	溫度監控
嚴重不良反應			過去疾病史及疫苗接種史			
發生時間：__年__月__日__時 症 狀： <input type="checkbox"/> 嚴重局部不良反應 <input type="checkbox"/> 發燒（體溫：_____℃） <input type="checkbox"/> 其他：_____			過去疾病史： 疫苗接種史：			
診察結果及處理情形						
就醫日期			主治醫師			
就診醫院			聯絡電話			
診察結果						
處理情形						