

二城國小預防接種通知

親愛的家長：

貴子女於學齡前（6歲前）尚未完成疫苗補接種作業，依疫苗補接種作業規範需補種下列疫苗，已確保疫苗免疫力持續效性。

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 減量破傷風、白喉、非細胞性百日咳混合疫苗及小兒麻痺口服疫苗 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 麻疹、腮腺炎、德國麻疹三合一疫苗 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3. 日本腦炎疫苗 |

為保護貴子女的健康，增加免疫力。本校定於 103 年 11 月 12 日（星期三上午 11 點）委託頭城鎮衛生所醫療人員至本校為貴子弟實施上述疫苗接種工作。

※ 下列事項敬請貴家長配合：

- 一、學童如有不適合接種者，請家長以書面通知級任教師，如有任何疑問，敬請電話聯絡教師或學校護理師，健康中心電話：9771024-108。
- 二、不適合接種情況：
 - 正在發燒、生病期間。
 - 心臟血管系、腎臟或肝臟疾病... 等患者。
 - 接受其他免疫反映抑制者及副腎皮質類固醇治療者。
 - 患有免疫缺乏症或曾有過敏性休克者。
- 三、疫苗接種後的反應：
 - 一般無不良反應，偶有發燒或注射部位疼痛現象。
 - 接種後請多喝開水、多休息，如有特殊反應可至衛生所或醫院診治。

二城國民小學 健康中心敬啟 103 年 11 月 7 日

備註：請家長於預防接種通知回條家長簽章欄上簽名後繳回。

二城國小預防接種通知回條

一年 孝 班 學生姓名：

同意接種 不同意 原因：_____

家長簽章：_____

備註：回條務必填寫交回，敬請家長配合，謝謝！

二城國小預防接種通知

親愛的家長：

貴子女於學齡前（6歲前）尚未完成疫苗補接種作業，依疫苗補接種作業規範需補種下列疫苗，已確保疫苗免疫力持續效性。

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 減量破傷風、白喉、非細胞性百日咳混合疫苗及小兒麻痺口服疫苗 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 麻疹、腮腺炎、德國麻疹三合一疫苗 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 3. 日本腦炎疫苗 |

為保護貴子女的健康，增加免疫力。本校定於 **103年11月12日（星期三上午11點）** 委託頭城鎮衛生所醫療人員至本校為貴子弟實施上述疫苗接種工作。

※ 下列事項敬請貴家長配合：

一、學童如有不適合接種者，請家長以書面通知級任教師，如有任何疑問，敬請電話聯絡教師或學校護理師，健康中心電話：9771024-108。

二、不適合接種情況：

- 正在發燒、生病期間。
- 心臟血管系、腎臟或肝臟疾病... 等患者。
- 接受其他免疫反映抑制者及副腎皮質類固醇治療者。
- 患有免疫缺乏症或曾有過敏性休克者。

三、疫苗接種後的反應：


- 一般無不良反應，偶有發燒或注射部位疼痛現象。
- 接種後請多喝開水、多休息，如有特殊反應可至衛生所或醫院診治。

二城國民小學 健康中心敬啟 103年11月7日

備註：請家長於預防接種通知回條家長簽章欄上簽名後繳回。

二城國小預防接種通知回條

一 年 二 班

學生姓名： 

同意接種

不同意接種 原因：_____

家長簽章： 

備註：回條務必填寫交回，敬請家長配合，謝謝！

36.5°

11/2