

馬偕紀念醫院護理部 實習學生健康調查表
馬偕學校財團法人馬偕醫學大學 護理學生實習名冊

馬偕醫學大學 科系：護理學系 年級：3 學期：11X-X 填表人：XXX 實習時數：120小時

序號	學號	姓名	實習單位	實習科別	實習期間	電話	E-mail	3個月內胸x光檢查結果		X光異常原因	B型肝炎標誌		水痘抗體 (Varicella Zoster IgG) (<135(-))		麻疹抗體 (Measles IgG) [<13.5(-)]		德國麻疹抗體 (Rubella IgG) [<5(-)]		腮腺炎抗體 (Mumps IgG) [<16(-)]		B型肝炎疫苗施打情形		水痘疫苗施打情形		MMR疫苗施打情形		流感疫苗施打情形		(婦兒單位) Tdap疫苗施打情形		請問您最近是否有備註之身體狀況	備註之狀況是否就醫	實習時數			
								正常	異常		HBsAg [<1(-)]	Anti-HBs [<10(-)]	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	有/日期	無	有/日期	無	有/日期	無	有/日期	無				有/日期	無	Tdap疫苗施打日期
											(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)														
範例	123456789	王OO	北馬9C	成人護理學實習(-)	113/11/18-113/12/06	0901-234-567	123456789@live.mmc.edu.tw	V			V	V	V	V	V	V	V					2024/09/11									無	否	120			
								檢查日期：2023/09/04			檢查日期：2023/09/04	檢查日期：2023/09/04	檢查日期：2023/09/04	檢查日期：2023/09/04	檢查日期：2023/09/04	檢查日期：2023/09/04	檢查日期：2023/09/04																			

*備註：1.X光異常者請說明原因及複查結果
 2.最後兩欄之填表說明：有無身體不適；有身體不適，請以代碼填寫，若無填否；最後一欄若有不適狀況請填就醫幾次與診斷
 3.身體不適狀況代碼：1.類流感症狀(1.突然發病、有發燒(耳溫≥38°C)及呼吸道症狀、2.且具有肌肉酸痛、頭痛、極度倦怠感其中一項症狀者)；3.需排除單純性流鼻水、扁桃腺炎與支氣管炎；4.發燒>38°C；5.不明原因咳嗽5天或慢性咳嗽3週；6.皮膚紅疹搔癢；7.腹瀉(1.一天內有腹瀉三次(含三次)以上者；一天內有嘔吐或腹瀉二次(含二次)以上，且伴有腹痛或發燒者；出現帶有血絲的腹瀉)；8.異於平常解便習慣、性狀且符合上述嘔吐、腹瀉通報定義者。
 4.體檢報告正本請依序號排放(序號請寫於左上角)附於後面

實習部門主管核章: