

檔 號：
保存年限：

教育部 書函

地址：臺北市中山南路5號
聯絡人：呂賴艷
電話：02-7736-5610
Email：alyssa@mail.moe.gov.tw

受文者：國立暨南國際大學

發文日期：中華民國104年12月1日

發文字號：臺教綜(五)字第1040166224號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：衛生福利部疾病管制署來函影本、麻疹疫苗接種同意書

(1040166224_Attach1.pdf、1040166224_Attach2.doc，共2個電子檔案)

主旨：檢送衛生福利部疾病管制署提供「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)接種須知及同意書」中英文版各1份(如附)，請查照。

說明：依本部本(104)年8月11日大專校院護理人員工作研習綜合座談討論決議事項及衛生福利部疾病管制署本年9月10日疾管檢字第1042100369號函辦理。

正本：各公私立大專校院

副本：本部綜合規劃司

104/12/01
10:55:08

檔 號：
保存年限：

衛生福利部疾病管制署 函

地址：10050台北市中正區林森
南路6號

聯絡人：祝幼如

聯絡電話：02-23959838

傳真：02-23912066

電子信箱：yuyu@cdc.gov.tw

受文者：教育部

發文日期：中華民國104年9月10日

發文字號：疾管檢字第1042100369號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)接種須知及同意書

主旨：檢送「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)接種須知
及同意書」中英文版各1份(如附)資料，請查照。

說明：依據貴部104年8月27日臺教綜(五)字第1040114370號書函
檢送之8月11日大專校院護理人員工作研習綜合座談討論
紀錄決議1辦理。

正本：教育部

副本：本署急性傳染病組、本署公共關係室

104/09/10
17:29:45

麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)接種須知及同意書

麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)是用來預防麻疹、腮腺炎、德國麻疹的活性減毒疫苗，其預防效果平均可達 95%以上，並可獲長期免疫。接種 MMR 疫苗後除了可能會有一般疫苗常見的紅、腫、痛等局部反應外，發生嚴重不良反應的機率極低。經醫師評估有接種禁忌者，得免接種。

MMR 疫苗接種禁忌，包括：

- ◇ 已知對「蛋」之蛋白質或疫苗的成份有嚴重過敏者，不予接種。
- ◇ 孕婦。
- ◇ 已知患有嚴重免疫缺失者（包括嚴重免疫不全的愛滋病毒陽性個案、先天性免疫缺失症與白血病、淋巴瘤等惡性腫瘤病人或接受化療、免疫抑制藥物治療及高劑量類固醇者）。

麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗接種同意書

請詳閱麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)接種須知，並填妥意願書，經醫師評估後接種。

接種者姓名：_____

☐本人、☐家屬、☐見證人_____已瞭解此項疫苗之

保護效果、副作用及禁忌，並決定同意接種；

簽名：_____

日期：_____

Measles, Mumps and Rubella (MMR) Vaccine Information Statement and Consent Form

Measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine is a live attenuated vaccine and can protect children and adults from all three of these diseases. Its protection efficiency is about 95% and for long term.

The common side effects of the MMR vaccine include redness, swelling, and pain at the injection site. The possibility of developing adverse reactions is extremely low.

MMR vaccine contraindications are as follows:

- ✧ Someone who has known severe allergies to egg protein or the vaccine component shall be exempt from vaccination.
- ✧ Pregnancy.
- ✧ Someone who has known severe immuno-deficiency, including AIDS patients with severe immuno-deficiency, individuals with congenital immuno-deficiency, patients with malignant tumor such as leukemia, lymphoma etc., and patients receiving chemotherapy, immunosuppressive drug, or high-dose steroids.

【INFORMED CONSENT FOR MMR VACCINATION】

Please read the MMR vaccine information statement carefully, fill out this consent form and receive the vaccination after being evaluated by a doctor for vaccination eligibility.

Name of the vaccine receiver: _____

☐myself ☐family member/parent/legal guardian ☐witness_____

understands the efficacy, side effects and contraindications of the MMR vaccine, and decides to **give consent** for the administration of the MMR vaccine.

Signature: _____

Date: ____/____/____