

預防接種受害救濟調查表（衛生所）

個案申請資料	姓 名		身 分 證 字 號	
	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日
	申 請 人	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 法定繼承人		
	個案現況	<input type="checkbox"/> 個案係不良反應，未死亡 <input type="checkbox"/> 個案死亡； <input type="checkbox"/> 已解剖 <input type="checkbox"/> 未解剖 <input type="checkbox"/> 胚胎死亡； <input type="checkbox"/> 未解剖或檢驗、 <input type="checkbox"/> 檢體：_____／檢驗單位：_____		
預防接種情況	疫 苗 種 類			
	疫 苗 批 號			
	製 造 廠 商			
	疫 苗 有 效 期 限			
	接 種 日 期			
	接 種 地 點			
	接 種 部 位			
	接 種 途 徑			
接 種 劑 量 (ml/cc)				

◎本表填寫請字跡清晰、完整。

◎若無法取得【預防接種情況】之詳細資料，亦請將貴所已知部份填寫清楚