

高雄市 _____ 衛生所 疫苗申請表 _____ 年 _____ 月 _____ 日
診所/醫院

疫苗名稱	劑型	批號	有效期限	申請量(瓶)	核發量(瓶)
HBIG (B型肝炎免疫球蛋白)					
BCG (卡介苗)					
rHepB (B型肝炎疫苗)					
五合一疫苗 (白喉破傷風非細胞性百日咳小兒麻痺b型嗜血桿菌)					
MMR (麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗)					
Var (水痘疫苗)					
JE-CV_LiveAtd (活性減毒嵌合型日本腦炎疫苗)					
DTaP-IPV (白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗)					
13PCV (13價結合型肺炎鏈球菌疫苗)					
2HepA (A型肝炎疫苗)	0.5ml				
	1ml				
IPV (注射式小兒麻痺疫苗)					
Td (破傷風、減量白喉混合疫苗)					
Flu (流感疫苗)	0.25ml				
	0.5ml				
PPV (肺炎鏈球菌疫苗)					
PPD (精製結核菌素)					

第一聯：存根聯
第二聯：衛生局(所)留存聯

備註欄：

領用人：

核發人：