

臺北市立聯合醫院實習學生個人資料表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		二吋證件照 (勿使用生活照, 可 email 提供 jpeg 檔)	
出生日期	民國 年 月 日					
出生地	省(市) 縣(市)					
學校科系 及年級別						
實習 院區		實習 單位				
實習 期間	自民國 年 月 日起	至民國 年 月 日止	聯絡 電話		手機 號碼	
戶籍 地址						
通訊 地址						
家長 姓名			聯絡 電話			
家長 地址						
緊急 通知人			聯絡 電話			
緊急通知 人地址						
實習 紀錄						
備註						
中 華 民 國 年 月 日						
單 位 主 管 核 章						
教 研 科						
人 事 室						

臺北市立聯合醫院實、見習人員健康調查表 110/04/01

一、基本資料：姓名： _____ 學校： _____

實習單位		實習期間	____年__月__日~ ____年__月__日
聯絡電話		E-mail	

◎請問您最近三個月是否有下列身體不適狀況？

- 沒有
 有，請勾填下表

症狀	症狀出現日期	就醫	醫師診斷	目前症狀說明
發燒		○有○無		
呼吸道症狀 (如流鼻水, 咳嗽, 喉嚨痛)		○有○無		
腹瀉 (每日三次以上)		○有○無		
皮膚紅疹		○有○無		
其他 (請說明)		○有○無		

二、體檢結果：體檢日期： ____年__月__日

類別	檢驗結果	疫苗接種與其他
胸部 X 光 (3 個月內)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	異常者提報無傳染性疾病之證明
流行性感冒	不需檢驗	<input type="checkbox"/> 有 日期: ____年__月__日
	未施打疫苗者，實習期間若值季節性流感期間，除經評估具接種禁忌症而不適合接種之情形外，應配合本院流感防治政策接種流感疫苗。	
B 型肝炎	HBsAg <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 日期: ____年__月__日
	Anti-HBs <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 抗體及抗原均為陰性者須檢附疫苗接種證明
麻疹抗體	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 日期: ____年__月__日
	<input type="checkbox"/> 1981 年後出生者若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	
水痘抗體	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性	<input type="checkbox"/> 有 日期: ____年__月__日
	<input type="checkbox"/> 若無 5 年內抗體陽性報告，須檢附追加 1 劑疫苗接種證明	

學生簽章：_____

實習單位簽章：_____

感染管制室會簽：_____

臺北市立聯合醫院中興院區見實習學生個人資料表

姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	二吋證件照 (勿使用生活照, 可 email 提供 jpeg 檔)				
英文姓名 (護照)							
出生日期	民國 年 月 日	身分證號					
出生地	省(市) 縣(市)	學校科系					
實習科室		實習類別 <input type="checkbox"/> 實習醫學生 <input type="checkbox"/> 見習醫學生 <input type="checkbox"/> 實習學生					
實習科別 (護理)							
實習期間		聯絡電話	手機 號碼				
通訊地址							
緊急聯絡人		聯絡電話					
緊急聯絡 人地址							
報到流程							
單位主管	教研組	實習學生小組	人事室	感染管制			
	<input type="checkbox"/> 照(2吋)片2張 <input type="checkbox"/> 三個月內體檢單(應包含B肝抗原、抗體、疫苗注射及胸部X光檢查、水痘抗體) <input type="checkbox"/> 學校投保證明(依據教育部「大專校院校外實習學生團體保險」共同供應契約之保險內容為最低標準傷害保險二百萬,並得附加傷害醫療五萬元)						

中 華 民 國 年 月 日

臺北市立聯合醫院保密切結書

立切結書人_____自民國_____ (年月日)起

擔任臺北市立聯合醫院員工

受_____ (廠商名稱)委派至臺北市立聯合醫院執行_____
業務(專案案號及名稱)

其他 _____ 例如：PGY、實習生、見習生、志工、查核委員等(請填載業務內容)

對於業務上所持有、知悉或偶然得知或偶然持有之臺北市立聯合醫院病人之病情、健康資訊、隱私、公務機密或敏感性資訊、程式及其檔案、媒體、院內網頁內容等，願善盡保管及保密之責，不得以口頭、複印、借閱、交付、文章發表、電子郵件、透過網路或他法，散佈或洩漏予其他第三人，並遵守國家機密保護法、個人資料保護法、資通安全管理法、醫療法、電子簽章法、著作權法及檔案法等相關法規以及臺北市立聯合醫院各項公務機密處理規定，保密義務與責任不因立切結書人離職或所執行之專案業務結束而失效。如有違誤，願賠償一切因此所生之損害及相關法律責任。

立切結書人同意本切結書利用電子簽章或電子文件方式交換之電子訊息，其效力與書面簽署或書面文件相同。

立切結書人：

身分證字號：

電 話：

中華民國_____ (年月日)

文件編號/名稱	機密等級	生效日	版次	頁次
Tpech-ISMS-4-GE-029 臺北市立聯合醫院保密切結書	機敏	110/01/01	2	4/4