

Doctor Immunization and N95 Respirator Record Form

醫生疫苗注射及 N95 口罩記錄

Name 姓名:	Doctor Code 醫生編號:	Contact number 聯絡電話:
Date 日期:	Specialty 專科:	

Please circle the appropriate item and fill in the blank. 請圈出適當的項目及填好表格。

Disease 疾病	History 曾經患病歷史	Antibody test (IgG) 抗體測試:	For Vaccinated 疫苗注射			Remarks 備註
			None 沒有	1st dose 第一針	2nd dose 第二針	
Chickenpox 水痘	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	None 沒有	1st dose 第一針	2nd dose 第二針	
Measles 麻疹	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	None 沒有	1st dose 第一針	2nd dose 第二針	
Rubella 德國麻疹	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	None 沒有	1st dose 第一針		
COVID-19 新冠病病毒病	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	-	None 沒有	1 st dose 第一針	2 nd dose 第二針	3 rd dose, 第三針

Disease 疾病	Antigen test (HBsAg) 抗原測試:	Antibody test (HBsAb) 抗體測試:	For Vaccinated 疫苗注射			Blood test after vaccination: 疫苗注射後的血液測試:		
			None 沒有	1st dose 第一針	2nd dose 第二針	3rd dose 第三針	HbsAb +ve 有抗體	HbsAb -ve 沒有抗體
Hepatitis B 乙型肝炎	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	Positive/ Negative/unknown 有 / 沒有/不知道	None 沒有	1st dose 第一針	2nd dose 第二針	3rd dose 第三針	HbsAb +ve 有抗體	HbsAb -ve 沒有抗體

N95 Respirator N95 口罩	Pass Model no 型號 : _____	Date performed 測試日期 : _____	Place 測試地點: _____
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	----------------------

Signature: _____ Date: _____

The Data will be given to the relevant departments 資料只限用於有工作需要的部門