

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

臺北市 縣(市)

學校名稱： 東湖國中

紅框內必填

1.我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19 學生接種須知，瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

同意/不同意擇一勾選

同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

基礎劑第一劑

基礎劑第二劑

追加劑即是第3劑

追加劑(滿 12 歲以上)

不同意(無須勾選接種方式，僅需填寫學生資料)

2.接種方式(請擇一勾選)

於校園集中接種

至衛生所/合約醫療院所接種

3.接種資訊

學生姓名：_____ (_____ 年 _____ 班 _____ 號)

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

家長簽名： **正楷全名** _____ 身分證/居留證/護照字號： **家長身份證字號** _____

◆ 接種前自我評估 (請家長事前勾選1、3、4題)

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史或任何嚴重不良反應。		
2. 現在身體有無不適病徵(如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
4. 目前是否懷孕。		

◆ 體溫：_____°C

適合接種 不適宜接種；原因_____

評估日期：_____年_____月_____日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____