

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

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。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗 | <input type="checkbox"/> 基礎劑第一劑 |
| | <input type="checkbox"/> 基礎劑第二劑 |
| | <input type="checkbox"/> 追加劑(滿 12 歲以上) |
| <input type="checkbox"/> 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)

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 於校園集中接種 |
| <input type="checkbox"/> 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：_____ 身分證/居留證/護照字號：_____

◆ 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：_____