

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

縣(市) _____ 學校名稱： _____

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。

- 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗
- 不同意
- 基礎劑第一劑
- 基礎劑第二劑
- 追加劑(滿 12 歲以上)

2. 接種方式(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： _____

家長簽名： _____ 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

| 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： _____

