

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

※一定要勾選

※視施打情況勾選

☐ 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)※只能勾選一種

☐ 於校園集中接種

☐ 至衛生所/合約醫療院所接種

※不同意者家長簽名即可

※同意者請用藍筆填寫全部資料並簽全名

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

評估內容 ※1-4項都必須請依學童身體狀況填寫，

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。

評估結果

是 否

◆ 體溫：_____°C

※施打當日醫護人員填寫

☐ 適合接種

☐

評估日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 不適宜接種；原因 _____

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____