

# 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。

<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	

### 2.接種方式(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

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：\_\_\_\_\_