

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

台中市 學校名稱： 中港高中高中部

年 班 號

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。[本次校園施打以追加劑(第三劑)為主]

<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) [本次校園施打日期尚需與衛生局與負責施打院所確認]

<input type="checkbox"/> 於校園集中接種
<input type="checkbox"/> 自行至衛生所/合約醫療院所接種

3.接種資訊 (請以原子筆書寫正楷全名)

學生姓名：_____

學生第二劑BNT施打時間：

年 月 日

學生身分證/居留證/護照字號：_____

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

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 (此欄請勿填寫)

☐ 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：_____