Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗
5 至 17 歲接種評估暨意願書

臺南市 學校名稱：新民國小

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	☐基礎劑第一劑
	☐基礎劑第二劑
	☐追加劑(滿 12 歲以上)
☐不同意	

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)

學生身分證/居留證/護照字號：_____

學生出生日期：(西元)_____年____月 ____日 聯絡電話：_____

家長簽名：_____ 家長身分證/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℃、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：_____℃

☐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：_____