

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**

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

1、同意或不同意，個資都要填寫完整，包括家長簽名及身分證號

2、用原子筆填寫，並簽全名

3、未填寫完整一律視為 不同意

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。		

1~4 項都必須勾選
*在實際接種日期前
如果孩子有第 2 點
身體不適的症狀
務必主動告知學校

◆ 體溫： _____ °C 施打當天再填

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： _____