

※COVID-19 疫苗接種日期:

第1劑 年 月 日 第2劑年 月 日 第3劑年 月 日 未接種

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

縣(市)

學校名稱：臺北市立中山女子高級中學

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(無須勾選接種方式，僅需填寫學生資料)	

2.接種方式(請擇一勾選)

<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：_____

家長原子筆簽中文全名

家長簽名：_____ 身分證/居留證/護照字號：_____

◆ 接種前自我評估 (請家長事前勾選1、3、4題)

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 不適合接種；原因_____

評估日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____