

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

台北市學校名稱： 建成國中 (※**接種追加劑請注意與上劑隔5個月**)

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。 ※Pfizer-BioNTech COVID-19 簡稱 BNT疫苗

☒同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

若3個月內曾確診,請勿接種疫苗

☐基礎劑第一劑

☐基礎劑第二劑

☐追加劑(滿 12 歲以上)

☐不同意

請V打第幾劑

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 完成學生基本資料 及家長部分

學生姓名：(學生姓名) (年 班 號 學生班級座號

身分證/居留證/護照字號：學生身分證

出生日期：(西元) 學生西元年 月 日 聯絡電話： 家長電話

家長簽名： 家長親自簽名 身分證/居留證/護照字號： 家長身分證字號

◆ 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

請先評估勾選

☐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：