



Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書



疫苗接種相關說明：請參酌本校校網首頁公佈欄公告資訊

桃園市 龍潭國民小學

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。

☐ 同意我的子女本次將接種 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	

1. 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

2. 接種資訊(請用藍/黑原子筆、詳細完整填寫，並檢查其正確性)

學生姓名：_____ (班級_____、座號_____)

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元)_____年_____月_____日

家長簽名：_____ 身分證/居留證/護照字號：_____

◆ 接種前自我評估(底下4個欄位：請每一題都要勾選 是 或 否)

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：_____