



# 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。

<input type="checkbox"/> 同意我的子女本次將接種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	

### 1. 接種方式(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

### 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：\_\_\_\_\_