

# Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

## 5 至 17 歲接種評估暨意願書 填寫範例

新北 (市)

學校名稱：永福國小

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。

↓ (同意接種者，請擇一勾選)

同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

★ 基礎劑：(ACIP) 建議第2劑與第1劑接種，至少間隔 12 週。

★ 追加劑：(ACIP) 建議與第2劑接種，至少間隔 5 個月後 (150 天)。

★ 曾確診新冠肺炎者：建議確診後三個月內暫不接種疫苗。

基礎劑第一劑

基礎劑第二劑

追加劑(滿 12 歲以上)

不同意

← (不同意接種者，請勾選這裡)

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

★以下不論同意或不同意 接種都請用原子筆填寫並簽中文名字，勿塗改。

3. 接種資訊

學生姓名：請填寫 學生姓名

年級班級座號：請填寫 學生班級座號

身分證/居留證/護照字號：請填寫 學生身分證

出生日期：(西元年/月/日) 請填寫 學生出生日期

聯絡電話：請填寫 家長的電話

家長簽名：請填寫 家長姓名

身分證/居留證/護照字號：請填寫 家長的身分證

◆ 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：不填 °C

★體溫不填，虛線以上請詳實填妥，虛線以下勿填寫，虛線勿撕。

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：\_\_\_\_\_