

Pfizer-BioNTech COVID-19疫苗

5至17歲接種評估暨家長同意書

臺北市士林國小 學生姓名：_____（_____年_____班_____號）

1. 我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19疫苗學生接種須知，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)

2. 接種方式

<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(須由家長帶去施打)

3. 接種資訊

學生身分證/居留證/護照字號：

出生日期：(西元) _____年_____月_____日

家長簽名：_____，家長身分證/居留證/護照字號：

接種前自我評估(第1、3、4點請家長事前勾選)

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 不適宜接種; 原因

評估日期：_____年_____月_____日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____