

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

臺中市

學校名稱：樹義國民小學 ★請用原筆填寫此單★

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。

☐ 同意我的子女將接種

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

☐ 基礎劑第一劑

☐ 基礎劑第二劑(須與第一劑間隔3個月)

☐ 追加劑(滿 12 歲以上，且須第二劑間隔5個月)

☐ 不同意 <不同意原因是否有以下狀況 ☐ 已接種基礎劑一劑、☐ 已完成兩劑基礎劑 >

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

學生姓名：_____ (_____ 年 _____ 班 _____ 號)

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

家長簽名：_____ 身分證/居留證/護照字號：_____

◆ 接種前自我評估

簽中文全名

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：_____