

# Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

## 5 至 17 歲接種評估暨意願書

臺北市 縣(市) 學校名稱：臺北市中山區中山國民小學

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。

<input type="checkbox"/> 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗	<input type="checkbox"/> 基礎劑第一劑
<input type="checkbox"/> 不同意(無須勾選擇接種方式，僅需填寫學生資料)	<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(請擇一勾選)

<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

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 (請家長事前勾選1、3、4題)

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：\_\_\_\_\_