

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5至17歲接種評估同意書

縣(市)

學校名稱：新北市積穗國中

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

☒ 追加劑(滿 12 歲以上)

☐ 不同意

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：陳 X X (X 年 一 班 一 號)

身分證/居留證/護照字號：A123456789

出生日期：(西元) 2008 年 1 月 1 日 聯絡電話：0922123100

家長簽名：陳 X X 身分證/居留證/護照字號：A222222222

◆ 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： °C 請勿填寫

☐ 適合接種

☐ 不適宜接種；原因 不適

評估日期： 年 月 日

醫療院所十碼代碼： 醫師簽章：