

110 年流感疫苗接種計畫同意書 *滿 65 歲（45 年 12 月 31 日(含)以前出生者）以上成人

*滿 50 歲（60 年 12 月 31 日(含)以前出生者）以上成人

1.請詳閱『流感疫苗接種須知』並填妥同意書，經醫師診療後接種。

接種者姓名_____ 出生年月日____年____月____日

身分證號_____，本人〔家屬〕已瞭解此疫苗之效果、副作用及禁忌，

並同意接種。 電話_____ 日期____年____月____日

簽名者是：☐本人 ☐家屬

2.醫療院所醫療代碼 2333050018 醫師簽章_____ ☐已掛號 ☐已評估看診

3.流感個案分析：☐ 65 歲以上 ☐50-64 歲 ☐19-49 高風險（含 BMI>=30）☐罕見疾病 ☐重大疾病

☐孕婦/預產期 ☐6 個月內嬰兒之母親/幼兒生日 ☐6 個月內嬰兒之父親/幼兒生日

批號	※新冠疫苗與流感疫苗必須間隔至少 7 日
其他公費對象資格備註：	▲查詢 NIIS ☐ 最近施打新冠肺炎疫苗日期：_____ ☐ 未曾施打新冠肺炎疫苗

施針者簽章：

