

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

12 歲至 17 歲青少年接種評估暨意願書

衛生福利部疾病管制署 2022 年 11 月 25 日

縣(市) 學校名稱：_____

1. 我已詳閱本疫苗 12 歲至 17 歲疫苗接種須知，瞭解其保護力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

<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"/> 基礎劑第二劑
	<input type="checkbox"/> 基礎劑加強劑
	<input type="checkbox"/> 追加劑
<input type="checkbox"/> 不同意	

2. 接種方式 (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

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。(非必填，請參考接種須知之注意事項)		

◆ 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：_____