Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗
5 至 17 歲接種評估暨意願書

桃園市 大崙國民小學 ★*疫苗接種相關說明：請參酌本校校網首頁公佈欄公告資訊*

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 (請詳填以下接種資訊)	☐基礎劑第一劑 ☐基礎劑第二劑
☐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

1.接種資訊(請用藍/黑原子筆、詳細完整填寫，並檢查其正確性)

一年庚班 座號40 學生姓名：王小美

身分證/居留證/護照字號：A123456789

出生日期：(西元)201 x 年 x x 月 x x 日聯絡電話：請填寫當天家長聯絡電話

家長簽名：王大明 身分證/居留證/護照字號：★家長身份證字號 ★

◆ 接種前自我評估: 以下四個欄位都要確實勾選完整

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℃、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：_____℃

☐ 適合接種 ☐ 不適合接種；原因_____

評估日期：_____年_____月_____日

醫療院所十碼代碼：_____ 醫師簽章：_____