

**莫德納 COVID-19 疫苗**

**6 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***我已詳閱莫德納COVID-19 疫苗學生接種須知，瞭解疫苗之保護效力、副作用及  禁忌與注意事項。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□同意** | 我的子女本次將接種**莫德納 COVID-19 疫苗** | **□**基礎劑第㇐劑 |
|  |  | **□**基礎劑第二劑 |
| **□不同意** |  |  |

* 1. 接種方式**(擇㇐勾選)**

|  |
| --- |
| ■於校園集中接種 |
| □至衛生所/合約醫療院所接種 |

接種資訊(請用藍/黑原子筆、詳細完整填寫，並檢查其正確性) **年 班 座號 學生姓名：**  **身分證/居留證/護照字號：** **出生日期：(西元) / / 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(底下4個欄位：請每一題都要勾選 是 或 否 )

|  |  |
| --- | --- |
| 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：  |