

# Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

## 5 至 17 歲接種評估暨意願書

彰化縣(市)

學校名稱：國立彰化師附工

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

1.需接種完兩劑基礎劑，才能接種追加劑!!

2.三年級可能於畢業後返校施打，若同意施打須能配合學校時間安排。

☐ 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 (僅提供 BNT 選擇)

☐ 至衛生所/合約醫療院所接種 (可依意願選擇 AZ、默德納、BNT 選擇)

### 3.接種資訊

學生姓名：\_\_\_\_\_ (班級：\_\_\_\_\_ 座號：\_\_\_\_\_)

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。                        |      |   |

◆ 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：\_\_\_\_\_