

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：_____