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

基隆 縣(市)　　學校名稱：基隆高中

範例

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	☐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
☐至衛生所/合約醫療院所接種

3.接種資訊

學生姓名：王曉明　　(1 年 20 班 20 號)

身分證/居留證/護照字號：A100000000

出生日期 (: 西元) 1988 年 6 月 6 日　　聯絡電話：09********

家長簽名：(簽全名)　　身分證/居留證/護照字號：B100000000

◆ 接種前自我評估

請勾選

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　　☐ 不適宜接種；原因_____

評估日期：_____年_____月_____日

醫療院所十碼代碼：_____醫師簽章：_____