

莫德納 (Spikevax) COVID-19 雙價疫苗

12 歲至 17 歲接種評估及意願書

衛生福利部疾病管制署 2022 年 10 月 28 日

縣 (市) _____ 學校名稱 : _____

1. 我已詳閱莫德納(Spikevax) COVID-19 雙價疫苗 (原病毒株 / Omicron 變異株 BA.1) 12 歲至 17 歲疫苗接種須知，瞭解疫苗之保護力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

☐ 同意我的子女將接種莫德納 COVID-19 雙價疫苗	☐ 第 1 次追加劑
	☐ 第 2 次追加劑

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 : _____ (_____ 年 _____ 班 _____ 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。		
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 : _____