

COVID-19 疫苗幼兒園及國小 校園集中接種評估及意願書

花蓮縣衛生局 2022 年 11 月 29 日

學校名稱：_____

1. 我已詳閱 **下勾選疫苗** 之接種須知，瞭解其保護力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

<input type="checkbox"/> 同意我的子女接種 莫德納(Spikevax) COVID-19 雙價疫苗 (原病毒株/Omicron BA.4/5)(適用對象:6至12歲學童)	<input type="checkbox"/> 追加劑
<input type="checkbox"/> 同意我的子女接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗 (適用對象:5至11歲學童)	<input type="checkbox"/> 基礎劑第 1 劑 <input type="checkbox"/> 基礎劑第 2 劑 <input type="checkbox"/> 追加劑

不同意我的子女接種新冠疫苗

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



接種需知
請掃描 QR-CODE

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。		

◆ 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：_____