

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



若家長同意加入
V-Watch，請掃描

桃園縣(市) 學校名稱：慈文國中

1. 我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗 5 至 17 歲接種須知，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 為瞭解國人接種後不適狀況，提醒您一起加入「Taiwan V-Watch」 COVID-19 疫苗接種 - 健康回報系統	☐ 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：_____ (____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：_____