

# 莫德納 (Spikevax) COVID-19 雙價疫苗 (原病毒株 / Omicron BA.4/5)

## 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 11 月 25 日

桃園縣(市) 學校名稱：慈文國中

1. 我已詳閱本疫苗 12 歲至 17 歲疫苗接種須知，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。

☒ 同意我的子女接種莫德納雙價疫苗 (原病毒株 / Omicron BA.4/5) 追加劑

追加劑是指第三劑或第四劑

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。(非必填，請參考接種須知之注意事項)       |      |   |

◆ 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：\_\_\_\_\_