

填寫範本

本次疫苗若願意在校內接種，請依下列字樣及說明進行填寫

2024/01/03(三)前交回健康中心造冊

莫德納 (Spikevax) XBB.1.5 COVID-19 疫苗

滿 12 歲至 17 歲接種評估及意願書

衛生福利部疾病管制署 2023 年 9 月 18 日

1. 我已詳閱本疫苗接種須知，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

☐ 不同意

我的子女接種莫德納 XBB.1.5 COVID-19 疫苗

請勾同意

2. 接種資訊

被接種者姓名：_____

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：_____

資料要寫清楚

簽名欄務必

簽全名

◆ 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)。		

只寫 1.3.4 題

體溫與第 2 題接種

當天填寫

◆ 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：_____

醫院填寫