**Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗**

**5 至 17 歲接種評估暨意願書**

桃園 **市** 桃園 **區 學校名稱：** 南門國小

* 1. **我已詳閱Pfizer-BioNTech COVID-19 學生接種須知，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** | **□基礎劑第一劑** |
| **□基礎劑第二劑** |
| **□追加劑(滿 12 歲以上)** |
| **□不同意** | |

* 1. **接種方式(擇一勾選)**

|  |
| --- |
| **□在校園集中接種** |
| **□自行至衛生所/合約醫療院所接種** |

* 1. **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：**

* **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℃、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： ℃ (接種當日，由醫院人員填寫)** | | |

**身分證/居留證/護照字號：**

**□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：**