

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書 填寫範例

(市) 學校名稱：_____

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。



(同意接種者，請擇一勾選)

☐ 同意我的子女將接種Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

★ 基礎劑：(ACIP) 建議第2劑與第1劑接種，至少間隔 12 週。

★ 追加劑：(ACIP)建議與第2劑接種，至少間隔 5 個月後 (150 天) 。

★ 曾確診新冠肺炎者：建議確診後三個月內暫不接種疫苗。

☐ 基礎劑第一劑

☐ 基礎劑第二劑

☐ 追加劑(滿 12 歲以上)

☐ 不同意



(不同意接種者，請勾選這裡)

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

★以下不論 同意或不同意 接種都請用原子筆填寫並簽中文名字，勿塗改。

3.接種資訊

學生姓名：_____

年級班級座號：_____

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元 年/月/日) _____ 聯絡電話：請填寫家長的電話

家長簽名：請填寫家長姓名 身分證/居留證/護照字號：請填寫家長的身分證

◆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

★虛線以上請詳實填妥，虛線以下勿填寫，虛線勿撕。

☐ 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：_____