

同意在校
接種者範本

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

桃園 市

學校名稱： 桃園國中

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

請以藍/黑色原子筆正楷填寫

塗改處一律簽家長中文全名

請勿用印章代替簽名

接種第二劑與第三劑需間隔150天

確診的同學3個月內無法接種新冠疫苗

接種日攜帶疫苗接種紀錄卡(小黃卡)及健保卡

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： 艾健康

(7 年 17 班 1 號)

學生身分證/居留證/護照字號： H13358282

學生出生日期：(西元) 2009 年 1 月 1 日 家長聯絡電話： 0911222333

家長簽名： 艾桃園 原子筆簽全名 家長身分證/居留證/護照字號： H12345678

◆ 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：不用寫°C (接種前量測後填寫)

☐ 適合接種

☐ 不適宜接種；原因

虛線以下，不需填寫，不要撕開

評估日期： 年 月 日

醫療院所十碼代碼： 醫師簽章：

自行預約
接種者範本

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

桃園 市

學校名稱： 桃園國中

4. 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

請以藍/黑色原子筆正楷填寫

塗改處一律簽家長中文全名

請勿用印章代替簽名

接種第二劑與第三劑需間隔150天

確診的同學3個月內無法接種新冠疫苗

5. 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

6. 接種資訊

學生姓名： 艾健康 (7 年 17 班 1 號)

學生身分證/居留證/護照字號： H13358282

學生出生日期：(西元) 2009 年 1 月 1 日 家長聯絡電話： 0911222333

家長簽名： 艾桃園 原子筆簽全名 家長身分證/居留證/護照字號： H12345678

◆ 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。		不需填寫
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：不用寫°C (接種前量測後填寫)

☐ 適合接種

☐ 不適宜接種；原因

虛線以下，不需填寫，不要撕開

評估日期： 年 月 日

醫療院所十碼代碼： 醫師簽章：

不同意

接種者範本

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

桃園 市

學校名稱： 桃園國中

7. 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。

☐ 基礎劑第一劑

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

☐ 基礎劑第二劑

☐ 追加劑(滿 12 歲以上)

☒ 不同意

8. 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

請以藍/黑色原子筆正楷填寫

塗改處一律簽家長中文全名

請勿用印章代替簽名

9. 接種資訊

學生姓名： 艾健康 (7 年 17 班 1 號)

學生身分證/居留證/護照字號： H13358282

學生出生日期：(西元) 2009 年 1 月 1 日 家長聯絡電話： 0911222333

家長簽名： 艾桃園 原子筆簽全名 家長身分證/居留證/護照字號： H12345678

◆ 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。		不需填寫
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：不用寫°C (接種前量測後填寫)

☐ 適合接種

☐ 不適宜接種；原因

虛線以下，不需填寫，不要撕開

評估日期： 年 月 日

醫療院所十碼代碼： 醫師簽章：