

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

用

1.請勾選意願



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

☐ 不同意

☐ 基礎劑第一劑

☐ 基礎劑第二劑

☐ 追加劑(滿 12 歲以上)

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

2.若同意施打請勾選接種方式

3.接種資訊

學生姓名：_____ (姓)

身分證/居留證/護照字號：_____

3.填寫資料

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日 聯絡電話：_____

家長簽名：_____

4.家長簽名

身分證/居留證/護照字號：_____

◆ 接種前

家長身分證字號

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)

3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑。

4. 目前是否懷孕。

5.若同意施打請填寫評估表

◆ 體溫：_____ °C