

# BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗

## 學生接種評估暨意願書

\_\_\_\_\_ 縣(市) 學校名稱： \_\_\_\_\_

我已詳閱 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗學生接種須知，瞭解本疫苗需接種兩劑，亦瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，

同意  不同意 我的子女接種 BioNTech (BNT162b2) COVID-19 疫苗。

◆ 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

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

家長簽名： \_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號： \_\_\_\_\_

### ◆ 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. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。		
5. 目前是否懷孕。		

◆ 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： \_\_\_\_\_