

莫德納 COVID-19 疫苗

6 至 17 歲接種評估暨意願書

新 北 市 縣(市) 學校名稱： 鶯 江 國 小

1. 我已詳閱莫德納COVID-19疫苗學生接種須知，瞭解疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項。

☐ 同意	我的子女本次將接種莫德納 COVID-19 疫苗	☐ 基礎劑第一劑
		☐ 基礎劑第二劑
☐ 不同意		

2. 接種方式(擇一勾選)

※曾經感染SARS-COV-2者之接種建議，自發病日或確診日(無症狀感染者)起至少間隔 3 個月後，再接種COVID-19 疫苗。

☐ 111年5月19日於校園集中接種
☐ 至衛生所/合約醫療院所接種

3. 接種資訊

學生姓名：_____ (_____ 年 _____ 班 _____ 號)

身分證/居留證/護照字號：_____

出生日期：(西元) _____ 年 _____ 月 _____ 日

請核對基本資料！
若有錯誤，請告知導師。

家長簽名： 原子筆簽中文全名 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

☐ 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： _____

請於5/10前繳回導師，感謝您的配合！