**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 □自行至衛生所/合約醫療院所預約接種

**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：**

# 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℃、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 7 天內是否曾接種其他疫苗。**  |   |   |
| **5. 目前是否懷孕。** |   |   |
| * **體溫： ℃**
 |

## 身分證/居留證/護照字號：

**□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：**