

莫德納 COVID-19 疫苗

6 至 17 歲接種評估暨意願書

縣(市) 學校名稱：

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)

☐ 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 聯絡電話：

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：