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或任何嚴重不良反應。		
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：_____℃

☐ 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：_____