

莫德納 (Spikevax) XBB.1.5 COVID-19 疫苗 滿 12 歲至 17 歲接種評估及意願書

衛生福利部疾病管制署 2023 年 9 月 18 日

1. 我已詳閱本疫苗接種須知，瞭解其保護力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

<input checked="" type="checkbox"/> 同意	我的子女接種莫德納 XBB.1.5 COVID-19 疫苗
<input type="checkbox"/> 不同意	

2. 接種資訊

紅框內資料需完整填寫

被接種者姓名：子女姓名

身分證 / 居留證 / 護照字號：子女身分證字號

出生日期：(西元) 子女出生年月日 年 月 日 聯絡電話：家長聯絡電話

家長簽名：家長簽名 身分證 / 居留證 / 護照字號：家長身分證字號

◆ 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. 目前是否懷孕 (非必填，請參考接種須知之注意事項)。		

◆ 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：_____