

# 莫德納 (Spikevax) COVID-19 雙價疫苗 (原病毒株 /Omicron BA.4/5) 12 歲至 17 歲接種評估及意願書

衛生福利部疾病管制署 2022 年 11 月 25 日

縣 (市) 學校名稱：\_\_\_\_\_

1. 我已詳閱本疫苗 12 歲至 17 歲疫苗接種須知，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。

同意我的子女接種莫德納雙價疫苗 (原病毒株 /Omicron BA.4/5) 追加劑

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。		
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：\_\_\_\_\_