

**\*\*\*紅色框框處請務必填寫及勾選完整及正確，才可以接種疫苗\*\*\***

## 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

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。

**請務必用原子筆書寫**

同意

不同意

我的子女接種**莫德納 XBB.1.5 COVID-19 疫苗**

2. 接種資訊

被接種者姓名：\_\_\_\_\_

身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

出生日期：(西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

同意接種疫苗者，請務必勾選以下：

1. 112/9/1~迄今是否有打過XBB1.5疫苗? 是 否

2. 112/12/22~迄今是否有打過其他新冠肺炎疫苗? 是 否

3. 112/12/17~迄今是否新冠肺炎確診? 是 否

家長簽名：**家長簽全名**

身分證 / 居留證 / 護照字號：**要寫家長的身分證**

**接種須知請詳閱，同意書請家長詳填並簽名**

◆ 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°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，原因\_\_\_\_\_

**家長請勿填寫**

評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_ 醫師簽章：\_\_\_\_\_