

親愛的家長您好~

因近日 BNT 即將於校園內開打，與宏恩醫院確認後，將於 **111 年 5 月 27 日下午 13:00** 到校設站施打，因同時會有**兒童 BNT 全劑**、**莫德納半劑**及**莫德納全劑**3 種疫苗同時於校內施打，故建議**每位施打學生可由一位家長陪同施打**(陪同家長需打滿 3 劑 COVID-19 疫苗)。

*施打當天學生可請疫苗假，不列入出缺席記錄。

施打對象說明：

劑別	適用年齡	
兒童 BNT 全劑(第 1 劑)	滿 5 足歲-11 歲	可校內或校外施打
莫德納半劑	滿 6 足歲-11 歲	可校內或校外施打
莫德納全劑	滿 12 足歲 (111.5.27 含以前出生者)	可校內或校外施打
成人 BNT	滿 12 足歲 (111.5.27 含以前出生者)	只能校外施打

校外施打預約網址：<https://booking.health.gov.tw/>

班級：____年____班 座號：____ 姓名：_____

滿 5、6 足歲-11 歲家長勾選此處：

- ☐同意校內施打**兒童 BNT 全劑**疫苗，且會有家長陪同施打，陪同家長姓名_____
- ☐同意校內施打**兒童 BNT 全劑**疫苗，不會有家長陪同施打
- ☐同意校內施打**莫德納半劑**疫苗，且會有家長陪同施打，陪同家長姓名_____
- ☐同意校內施打**莫德納半劑**疫苗，不會有家長陪同施打
- ☐同意施打但會自行校外施打
- ☐不同意施打上述任一種疫苗

滿 12 足歲(111.5.27 含以前出生者)家長勾選此處：

- ☐同意校內施打**莫德納全劑**疫苗，且會有家長陪同施打，陪同家長姓名_____
- ☐同意校內施打**莫德納全劑**疫苗，不會有家長陪同施打
- ☐同意施打，但會自行帶至校外施打(包含莫德納半劑及 BNT 成人劑型)
- ☐不同意施打疫苗

因須將名冊整理好後於週三回報院方以利後續施打作業，故協請家長**務必最晚於本周五前(5/20)**將此份同意書完整簽妥後交回學校彙整，不論是否同意皆須繳回同意書，感謝大家的協助!

大佳國小學務處健康中心 關心您 ☺

BNT 意願書勾選請參閱下方圖示：

同意施打 BNT 請勾選以下紅框處

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗
5 至 17 歲接種評估暨意願書

縣(市) 學校名稱：

1.我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19 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。

- | | |
|--|--|
| ☐ 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗 | ☐ 基礎劑第一劑 |
| | ☐ 基礎劑第二劑 |
| | ☐ 追加劑(滿 12 歲以上) |
| ☐ 不同意(無須勾選接種方式，僅需填寫學生資料) | |

勾選同意者，
後面劑別請務必一同勾選

2.接種方式(請擇一勾選)

- ☐ 於校園集中接種
☐ 至衛生所/合約醫療院所接種

務必擇一勾選

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：

詳填左列所有
內容

◆ 接種前自我評估 (請家長事前勾選1、3、4題)

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。		

請勾選 1.3.4
題

◆ 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：

“不”同意施打 BNT 請勾選以下紅框處

Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

5 至 17 歲接種評估暨意願書

縣(市) 學校名稱：

1.我已詳閱 Pfizer-BioNTech COVID-19 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。

☐ 同意我的子女將接種 Pfizer-BioNTech COVID-19 疫苗

☐ 基礎劑第一劑

☐ 基礎劑第二劑

☐ 追加劑(滿 12 歲以上)

☐ 不同意(無須勾選接種方式，僅需填寫學生資料)

2.接種方式(請擇一勾選)

☐ 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 (請家長事前勾選1、3、4題)

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：