

Must be checked to indicate you have read the information about the vaccine.

Name: Student's legal name on the non-Taiwanese passport or ARC.

Must select the first option to agree to receive this vaccine.

ID: Must provide non-Taiwanese passport number and/or ARC number

Must select the first option for receiving the vaccine in-school.

Birthdate: Year, Month, Day

Parental Signature

Parental ID Number

Leave this part blank.

BioNTech COVID-19 疫苗

學生接種評估暨意願書

縣(市) 名稱：

☒ 我已詳閱 BioNTech (NT162b2) COVID-19 疫苗說明書，並瞭解其保護效力、副作用及禁忌事項。

☒ 同意 ☐ 不同意的子女接種 BioNTech (NT162b2) 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

| 評估項目                              | 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. 過去 7 天內是否曾接種其他疫苗。              |   |   |
| 5. 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：\_\_\_\_\_

# BioNTech (BNP162b2) COVID-19 疫苗

願書

必須填寫學生非台灣護照或 ARC 上的姓名

詳閱相關資訊後勾選

必擇一勾選

若同意接種請擇一勾選

必須填寫學生非台灣護照字號及/或 ARC 字號

每一行都必須填寫完整

請勿填寫

縣(市) \_\_\_\_\_ 名稱： \_\_\_\_\_

☐ 我已詳閱 BioNTech (BNP162b2) COVID-19 疫苗說明書，瞭解其保護效力、副作用及注意事項。  
☐ 同意 ☐ 不同意 的子女接種 BioNTech (BNP162b2) COVID-19 疫苗。

◆ 接種方式(擇一勾選) ☐ 於校園集中接種 ☐ 於衛生所/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。           |      |   |
| 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. 過去 7 天內是否曾接種其他疫苗。              |      |   |
| 5. 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： \_\_\_\_\_