

衛生福利部疾病管制署 2024年8月14日

☒ 同意☐ 不同意

被接種者姓名：

身分證/居留證/護照字號：A232323232

出生日期：(西元) 2016 年 10 月 15 日 聯絡電話：0952-000000

家長簽名：

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. 是否與前 1 劑 COVID-19 疫苗間隔 12 週 (84 天) 以上。	✓	

◆體溫：℃

☐ 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：