莫德納（Spikevax）COVID-19 雙價疫苗
18 歲以上接種評估及意願書

衛生福利部疾病管制署 2022 年 10 月 28 日

☐已詳閱疫苗接種須知，瞭解莫德納（Spikevax）雙價疫苗（原病毒株 / Omicron 變異株 BA.1）之保護力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

◆ 本次接種劑次：

☐第 1 次追加劑 ☐第 2 次追加劑 ☐第 3 次追加劑

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℃、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。		
5. 體溫：　　℃		

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：_____

居住地址：_____縣市_____鄉鎮市區_____

立意願書人：_____　　身分證/居留證/護照字號：_____

☐本人　　☐關係人：被接種者之_____

.....

◆ 醫師評估

☐ 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：_____

莫德納（Spikevax）COVID-19 雙價疫苗
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 10 月 28 日

_____縣（市）　學校名稱：_____

1.我已詳閱莫德納(Spikevax) COVID-19 雙價疫苗（原病毒株 / Omicron 變異株 BA.1）12 歲至 17 歲疫苗接種須知，瞭解疫苗之保護力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

☐同意我的子女將接種莫德納 COVID-19 雙價疫苗	☐第 1 次追加劑
	☐第 2 次追加劑

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℃、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：　　℃

.....

☐ 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：_____