

同意書填寫範例：請切實填寫個人資料，以節省報到及看診時間，謝謝配合

## COVID-19 疫苗接種同意書

已接種過第 1 劑 COVID-19 疫苗者需再接種第 2 劑

病歷號：\_\_\_\_\_ -  血壓\_\_\_\_\_ 體溫\_\_\_\_\_ °C

姓名：李 0 0 男 女 出生日期：66 年 00 月 00 日

身分證字號：A000000000 電話：0933-000-000

戶籍 台北 縣 松山 市鄉 新益 村 民生東 路 5 段 0 弄 0 號  
地址：\_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 區鎮 \_\_\_\_\_ 里 \_\_\_\_\_ 街 0 巷 0 樓

請詳閱「COVID-19 疫苗接種須知」並填妥同意書，經醫師問診後接種。本人（或家屬或關係人）已瞭解此項疫苗之保護效果、副作用及禁忌，並決定同意接種：

立同意書人簽名 李 0 0 日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身分別：本人 家屬 關係人

特殊病史：糖尿病 心臟病 肺部疾病 腦中風 重大傷病卡

特殊過敏史：雞蛋過敏 疫苗過敏 醫療院所十碼代碼 臺北榮總 0601160016

以下由工作人員填寫（請勾選疫苗接種對象類別，背面亦需勾選）

右側  
請勾  
選符  
合項  
目