

# 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：\_\_\_\_\_ 男女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

身分證字號：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

戶籍 \_\_\_\_\_ 縣 \_\_\_\_\_ 市鄉 \_\_\_\_\_ 村 \_\_\_\_\_ 路 \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號

地址：\_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 區鎮 \_\_\_\_\_ 里 \_\_\_\_\_ 街 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 樓

請詳閱「COVID-19 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：\_\_\_\_\_ 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)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

醫師評估可接種		身分	健保 IC 卡寫入	計價收費	疫苗廠牌/批號	接種護理人員
		榮民	OK		<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech(輝瑞) <input type="checkbox"/> Moderna(莫德納) <input type="checkbox"/> AstraZeneca(阿斯特拉捷利康)	
第 1 劑	第 2 劑	一般	有問題			MR: 21-084-00008
		健保				

醫師評估不適宜接種；原因(請勾選)：

對於疫苗成分有嚴重過敏反應史，或對於先前接種之疫苗劑次發生嚴重過敏反應者不予接種。

發燒或正患有急性中重度疾病者，宜待病情穩定後再接種。

免疫功能低下者，包括接受免疫抑制劑治療的人，對疫苗的免疫反應可能減弱。

孕婦。

已接種其他疫苗，尚未達接種 COVID-19 疫苗應有之間隔時間(詳註 1)

註 1: 依 ACIP 建議，應完成 COVID-19 疫苗接種時程後再接種其他疫苗，COVID-19 各廠牌疫苗與其他疫苗間隔時間如下

AstraZeneca--不活化疫苗間隔至少 14 天，活性減毒疫苗間隔至少 28 天

Pfizer-BioNTech 至少 14 天

Moderna 至少 14 天

續背面

## COVID-19 疫苗接種對象類別

- 1.C01 醫事人員
- 2.C02 中央及地方政府防疫人員
- 3.C03 高接觸風險第一線工作人員
- 4.C04 維持社會運作之必要人員
- 5.C05 機構及社福照護系統之人員及其受照顧者
- 6.C06 維持國家安全正常運作之必要人員
- 7-1 C07A 公費--因特殊狀況必要出國者(公務出國、選手)
- 7-2 C07B 自費--因特殊狀況必要出國者(商務、工作、留學、就醫)
- 8.C08 65歲以上長者
- 9.C09 可能增加感染及疾病嚴重風險之疾病風險族群
- 10.C10 50-64歲成人