

# 阿斯特捷利康 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解阿斯特捷利康 (AstraZeneca) COVID-19 疫苗之保護效力、副作用及禁忌與注意事項，並同意經醫師評估後接種。

評估內容	評估結果	
	是	否
1. 過去是否曾發生血栓合併血小板低下症候群，或肝素引起之血小板低下症。		
2. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。		
3. 現在身體有無不適病徵(如發燒38°C、嘔吐、呼吸困難等)。		
4. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。		
5. 過去14天內是否曾接種其他疫苗。		
6. 目前是否懷孕。		
7. 體溫：_____ °C		
8. 過去是否已經接種 COVID-19 疫苗，接種廠牌：_____，如有不實，願負法律責任。		

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：\_\_\_\_\_