

接種「科興 Sinovac」健康問卷

姓名：_____

診所：_____

身份證號碼：_____

體溫：_____ °C

出生日期：_____

血壓：____ / ____

性別：男 / 女 年齡：_____

地址：_____ 電話：_____

	有	否
1. 有否一個月內接種過其他疫苗 / 注射其他藥物治療？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 接種疫苗兩天前，有否不適？如肚瀉、嘔吐、發燒？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 有否對藥物 / 食物 / 疫苗有嚴重過敏反應？請註明：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 有否慢性疾病、如糖尿病、心血管病（高血壓、高血脂、高膽固醇）、心臟病、肝病、甲狀腺、愛滋病？其他：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 有否長期服用藥物，如 糖尿藥、血壓藥、膽固醇藥、薄血藥、抗病毒藥、免疫抑制劑、精神科藥物、化療藥、類固醇、？其他：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 有否過去 1 個月內曾做過手術，如搭橋手術、通波仔？其他：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 有否懷孕、哺乳期婦女？最後一次月經日：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 有否曾經感染新冠病毒？如有，請註明日期：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 接種第三劑的免疫力弱人士：有否接受免疫抑制劑治療、化療 / 放射治療？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

本人已閱讀「科興克爾來福 Sinovac Corona Vac」接種須知內容，清楚，明白，及同意接種疫苗。

接種者簽署：_____

職員專用

疫苗接種紀錄

負責醫生：_____

第一劑 科興疫苗	Sinovac 0.5ml	體溫：_____ °C	醫護人員姓名：_____	醫護人員簽署：_____	日期：_____	批次：_____
第二劑 科興疫苗	Sinovac 0.5ml	體溫：_____ °C	醫護人員姓名：_____	醫護人員簽署：_____	日期：_____	批次：_____
第三劑 科興疫苗 (只供 18 歲或以上)	Sinovac 0.5ml	體溫：_____ °C	醫護人員姓名：_____	醫護人員簽署：_____	日期：_____	批次：_____