

114 年流感疫苗接種計畫同意書

10/1 開始滿 65 歲 (49 年 12 月 31 日(含)以前出生者) 以上成人

11/1 開始 50 歲 (64 年 12 月 31 日(含)以前出生者) 以上成人

1. 請詳閱『流感疫苗接種須知』並填妥同意書，經醫師診療後接種。體溫：_____代碼：_____

接種者姓名：_____ 出生年月日：_____年_____月_____日

身分證號：_____，本人(家屬)已瞭解此疫苗之效果、副作用及禁忌，

並同意接種。電話：_____ 日期_____年_____月_____日

簽名：_____

2. 醫療院所醫療代碼：2333080016 新竹縣新豐鄉衛生所 ☐6z 掛號(診號：_____) ☐門診掛號(診號：_____)

3. 對象：☐ 65 歲以上 ☐50-64 歲 ☐19-64 歲高風險者 (含 BMI>=30) ☐罕見疾病 ☐重大疾病 ☐衛生防疫人員 ☐醫事人員

☐禽畜業 ☐動物防疫人員 ☐孕婦(預產期：_____) ☐6 個月內嬰兒之父親母親(幼兒生日、身分證、姓名：_____)

批號		▲查詢 NIIS： ☐ 最近施打流感疫苗日期：_____ ☐ 未曾施打流感疫苗
備註：		

醫師簽章：_____

施針者簽章：_____

