

年度流感疫苗接種計畫（長照機構版）

機構名稱： 未滿65歲適用

本機構配合本縣/市衛生局合約醫療團隊預計於 年 月 日 時 分為以下人員進行**流感疫苗**接種服務，特此通知並徵求您的同意。請您閱讀接種通知後，於意願收集截止日期 年 月 日 時 分前，請填寫並繳回，同意/不同意在機構接種意願書，感謝您的支持與配合！

*預計接種日期可能因天災、事變等不可抗力之事由，或其他為配合接種相關行政作業，而有變更之必要。倘預計接種日期因前述情事而變更，接種意願調查單位將另行通知更新之接種日期，以確保接種作業順利進行。若您後續改變接種意願，可重新簽署紙本意願書，提供接種意願調查單位更新接種意願。

機構名稱：

年 月 日

樓/房/床：

生日：

姓名：



同意

我已經閱讀接種須知，瞭解**流感疫苗**保護力、副作用及禁忌與注意事項，亦確認接種對象無接種須知所述接種禁忌。

接種（標準型）簽署人簽名

接種前自我評估

是 否

1. 以前是否曾對流感疫苗或其他疫苗的任何成分有嚴重過敏反應，如全身紅疹、呼吸困難或過敏性休克等。

☐

☐

2. 以前接種流感疫苗是否曾發生嚴重不良反應，如格林-巴利症候群(GBS)等。

☐

☐

3. 以前是否曾被醫師評估不適合接種流感疫苗。

☐

☐

請將框內的內容拍入，以利紀錄

機構名稱：

年 月 日

樓/房/床：

生日：

姓名：



不同意

我已經閱讀接種須知，瞭解**流感疫苗**保護力、副作用及禁忌與注意事項，亦確認接種對象無接種須知所述接種禁忌。

不同意在機構接種 簽署人簽名

不同意原因：

請將框內的內容拍入，以利紀錄