

## 「M 痘疫苗 JYNNEOS<sup>®</sup>」接種同意書

### 1. 接種者基本資料：

- (1)姓名：\_\_\_\_\_； (2)生理性別：男、女  
 (3)身分證/居留證/護照號碼：\_\_\_\_\_  
 (4)生日：民國\_\_年\_\_月\_\_日；(5)聯絡電話：(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
 (6)居住地址：\_\_\_\_\_縣(市)\_\_\_\_\_鄉鎮市區\_\_\_\_\_  
 (7)是否曾接種 M 痘疫苗？  
否；是，接種日期\_\_\_\_\_；不確定

### 2. 請接種者詳閱 M 痘疫苗接種須知，並確認與勾選：

評估內容	否	是	不清楚
1.目前是否有 M 痘疑似症狀？			
2.過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史？			
3.是否對疫苗的其他成分過敏？			
4.是否免疫功能低下或接受會造成免疫低下之治療？			
5.目前是否懷孕或哺乳？			
6.體溫：_____°C			

我已瞭解此項疫苗之保護效果、副作用、禁忌、接種程序及接種後注意事項，並決定：

同意接種；

第 1 劑

第 2 劑，第 1 劑接種日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

不同意接種

接種者簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

填寫完成後，請交給醫師進行接種評估診察

※醫師評估方框，請由醫師填寫：

暴露前預防接種(PrEP)

暴露後預防接種(PEP)

疫苗	劑量	可否接種		醫師簽章	其他批註
M 痘疫苗 JYNNEOS <sup>®</sup>	0.5ml/ 皮下注射	可	否		
	0.1ml/ 皮內注射	可	否		

接種醫療機構：\_\_\_\_\_ 機構十碼章代碼：\_\_\_\_\_