

# 莫德納 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

## การประเมินการฉีดวัคซีน Moderna COVID-19 และหนังสือแสดงเจตจำนง

- 已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解莫德納 (Moderna) 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。
- ข้าพเจ้าได้อ่านคำแนะนำในการฉีดวัคซีน COVID-19 อย่างละเอียด เข้าใจประสิทธิภาพในการป้องกันผลข้างเคียง ข้อห้าม และข้อควรระวังของวัคซีน Moderna COVID-19 และตกลงที่จะฉีดวัคซีนหลังการประเมินโดยแพทย์

評估內容 เนื้อหาการประเมิน	評估結果 ผลการประเมิน	
	是 ใช่	否 ไม่ใช่/ใช่
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 มีประวัติอาการแพ้วัคซีนหรือยารุนแรงหรือไม่		
2. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。 ร่างกายมีอาการไม่สบายหรือไม่ (เช่น มีไข้ 38°C อาเจียน หายใจลำบาก เป็นต้น)		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำรวมทั้งผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยสารยับยั้งภูมิคุ้มกันหรือไม่		
4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 ได้รับวัคซีนอื่นๆ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่		
5. 目前是否懷孕。 กำลังตั้งครรภ์หรือไม่		
6. 體溫อุณหภูมิร่างกาย : °C		

被接種者姓名 : \_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號 : \_\_\_\_\_  
ชื่อ นามสกุลผู้ฉีดวัคซีน : \_\_\_\_\_ เลขที่บัตรประชาชน/กามา/หนังสือเดินทาง :

出生日期 : (西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話 : \_\_\_\_\_  
ว/ด/ป เกิด : (ปี ค.ศ.) \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ต่อ :

居住地址 : \_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區 \_\_\_\_\_  
ที่อยู่อาศัย : \_\_\_\_\_ มณฑลและเมือง \_\_\_\_\_ เขตเมือง \_\_\_\_\_

立意願書人 : \_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號 : \_\_\_\_\_  
ผู้ทำหนังสือ : \_\_\_\_\_ เลขที่บัตรประชาชน/กามา/หนังสือเดินทาง :

本人簽名  關係人ความสัมพันธ์ : 被接種者之 \_\_\_\_\_ 為 \_\_\_\_\_ ของผู้ฉีดวัคซีน

### ◆ 醫師評估 การประเมินโดยแพทย์

- 適合接種 ฉีดวัคซีนได้
- 不適宜接種 ฉีดวัคซีนไม่ได้ ; 原因เหตุผล : \_\_\_\_\_

評估日期 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
วันที่ประเมิน : ปี \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

醫療院所十碼代碼 : \_\_\_\_\_  
รหัส 10 หลักสำหรับสถานบันทางการแพทย์

醫師簽章 : \_\_\_\_\_  
ลายเซ็นแพทย์

# 莫德納 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

## Moderna COVID-19 Vaccination Assessment and Letter of Intent

已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解莫德納 ( Moderna ) 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。

I have read the COVID-19 vaccination instructions carefully, understand the protective efficacy, side effects, contraindications and precautions of the COVID-19 vaccine of Moderna, and agree to vaccination after evaluation by a physician.

評估內容 Evaluation Content	評估結果 Evaluation result	
	是 Yes	否 No
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 Whether there is a history of severe allergic reactions to vaccines or drugs in the past.		
2. 現在身體有無不適病徵 ( 如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等 )。 Does the body have symptoms of discomfort (such as fever at 38°C, vomiting, difficulty breathing, etc.).		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 Do you have weakened immune system (immunocompromised), including those receiving immunosuppressive therapy.		
4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 Have you received any other vaccines in the past 14 days.		
5. 目前是否懷孕。 Are you currently pregnant		
6. 體溫 Body Temperature :        °C		

被接種者姓名：\_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

Name of vaccinated person

ID No./ ARC No./ Passport No.

出生日期：( 西元 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

Date of birth:

Year

Month

Day

Contact No.

居住地址：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區 \_\_\_\_\_

Residential Address

County City

Township City District

立意願書人：\_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

Consenter

ID No./ ARC No./ Passport No.

本人 Myself     關係人 Relation：被接種者之 Patient's \_\_\_\_\_

### ◆ 醫師評估 Physician's Evaluation

適合接種. Suitable for vaccination

不適宜接種 Not suitable for vaccination ; 原因 Reason : \_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

Evaluation Date : \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_

Ten-code code of the medical institution

醫師簽章：\_\_\_\_\_

Signature

# 莫德納 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

## Bảng đánh giá và đơn tình nguyện tiêm chủng vắc xin COVID-19 Moderna

已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解莫德納 (Moderna) 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。

Tôi đã đọc kỹ những điều cần biết về tiêm chủng vắc xin COVID-19, hiểu rõ hiệu quả bảo vệ, tác dụng phụ, chống chỉ định và những điều chú ý về vắc xin COVID-19 Moderna, và đồng ý tiêm chủng sau khi được bác sỹ đánh giá.

評估內容 Nội dung đánh giá	評估結果 Kết quả đánh giá	
	是 có	否 không
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 Trước đây tiêm vắc xin hoặc thuốc có bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng hay không.		
2. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。 Hiện tại cơ thể có triệu chứng khó chịu hay không (như sốt 38°C, nôn, khó thở, v.v.).		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 Có phải là người có miễn dịch giảm thấp hay không, bao gồm đang được điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch.		
4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 Trong 14 ngày gần đây có từng tiêm chủng vắc xin khác hay không.		
5. 目前是否懷孕。 Hiện tại có đang mang thai hay không.		
6. 體溫 Thân nhiệt :      °C		

被接種者姓名：\_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

Họ tên người được tiêm chủng

Số CMND/Cư trú/Hộ chiếu

出生日期：(西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

Ngày sinh: ngày

tháng năm

Điện thoại liên lạc

居住地址：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區 \_\_\_\_\_

Địa chỉ nơi ở:

huyện/thành phố

xã/thị trấn/thị xã/quận

立意願書人：\_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

Người viết đơn

Số CMND/Cư trú/Hộ chiếu

本人 Bản thân  關係人 Người có quan hệ : 被接種者之 \_\_\_\_\_ là \_\_\_\_\_ của người được tiêm chủng

### ◆ 醫師評估 Bác sỹ đánh giá

適合接種 Phù hợp tiêm chủng

不適宜接種；原因 Không phù hợp tiêm chủng, lý do: \_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
Ngày đánh giá: ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_  
Mã 10 số của cơ sở y tế

醫師簽章：\_\_\_\_\_  
Bác sỹ ký tên đóng dấu

# 莫德納 COVID-19 疫苗接種評估及意願書

## Surat penilaian vaksinasi modena COVID-19 dan kemauan

- 已詳閱 COVID-19 疫苗接種須知，瞭解莫德納 ( Moderna ) 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。

Saya telah membaca intruksi vaksinasi COVID-19 dgn cermat dan memahami jaminan vaksin ( Moderna ) COVID-19 Kemanjuran perlindungan, efek samping, kontraindikasi dan tindakan pencegahan, dan setuju utk vaksinasi setelah evaluasi oleh dokter

評估內容 Konten evaluasi	評估結果 hasil evaluasi	
	是 Iya	是 Iya
1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。 Apakah ada riwayat reaksi alergi parah terhadap vaksin atau obat-obatan lain		
2. 現在身體有無不適病徵 ( 如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等 )。 Sekarang ada gejala merasa tidak nyaman pada tubuh (seperti demam pada suhu 38°C, muntah, sulit bernafas dll)		
3. 是否為免疫低下者，包括接受免疫抑制劑治療者。 Adakah immunocompromised termasuk mereka yg menerima terapi immunosupresif		
4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。 Dalam 14 hari berlalu pernah bersuntik vaksin yg lain		
5. 目前是否懷孕。 Sekarang apakah sedang hamil		
6. 體溫 Suhu badan : °C		

被接種者姓名：\_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

Nama yg divaksinasi Ktp/arc/no paspor

出生日期：(西元) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 聯絡電話：\_\_\_\_\_

Tgl lahir thn bln tgl nomor tel

居住地址：\_\_\_\_\_ 縣市 \_\_\_\_\_ 鄉鎮市區 \_\_\_\_\_

Alamat tempat tinggal kabupaten kota

立意願書人：\_\_\_\_\_ 身分證 / 居留證 / 護照字號：\_\_\_\_\_

Yg setuju ktp/arc/no paspor

本人 Saya  關係人 hubungan：被接種者之 yg divaksinasi \_\_\_\_\_

### ◆ 醫師評估 Penilaian dokter

- 適合接種 Cocok utk vaksinasi  
 不適宜接種 Tidak cocok utk vaksinasi ; 原因 Alasan : \_\_\_\_\_

評估日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

Tgl evaluasi thn bln tgl

醫療院所十碼代碼：\_\_\_\_\_

Institusi medis+no kode

醫師簽章：\_\_\_\_\_

Tanda tangan dokter