

# 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<br>เนื้อหาการประเมิน                                                                                          | 評估結果<br>ผลการประเมิน |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|
|                                                                                                                    | 是<br>ใช่             | 否<br>ไม่ใช่ |
| 1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。<br>มีประวัติอาการแพ้วัคซีนหรือยารุนแรงหรือไม่                                              |                      |             |
| 2. 現在身體有無不適病徵 (如發燒 38°C、嘔吐、呼吸困難等)。<br>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。<br>เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำรวมทั้งผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยสารยับยั้งภูมิคุ้มกันหรือไม่ |                      |             |
| 4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。<br>ได้รับวัคซีนอื่นๆ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมาหรือไม่                                           |                      |             |
| 5. 目前是否懷孕。<br>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 \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ :

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<br>Evaluation Content                                                                                                                     | 評估結果<br>Evaluation result |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------|
|                                                                                                                                                | 是<br>Yes                  | 否<br>No |
| 1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。<br>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)。<br>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。<br>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。<br>Have you received any other vaccines in the past 14 days.                                                             |                           |         |
| 5. 目前是否懷孕。<br>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<br>Nội dung đánh giá                                                                                                               | 評估結果<br>Kết quả đánh giá |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------|
|                                                                                                                                         | 是<br>có                  | 否<br>không |
| 1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。<br>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）。<br>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。<br>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。<br>Trong 14 ngày gần đây có từng tiêm chủng vắc xin khác hay không.                                               |                          |            |
| 5. 目前是否懷孕。<br>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<br>Konten evaluasi                                                                                                                                | 評估結果<br>hasil evaluasi |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|
|                                                                                                                                                        | 是<br>Iya               | 否<br>Tidak |
| 1. 過去注射疫苗或藥物是否有嚴重過敏反應史。<br>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 )。<br>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。<br>Adakah immunocompromised termasuk mereka yg menerima terapi immunosupresif                                                |                        |            |
| 4. 過去 14 天內是否曾接種其他疫苗。<br>Dalam 14 hari berlalu pernah bersuntik vaksin yg lain                                                                         |                        |            |
| 5. 目前是否懷孕。<br>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 divaksin \_\_\_\_\_ 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 Sava      ☐ 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