

น้ำหนัก.....	ส่วนสูง.....
ความดันครั้งที่ 1	/.....
ความดันครั้งที่ 2	/.....
อุณหภูมิ.....	องศา Pulse.....RR.....
เข็มที่ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
สถานที่ฉีด.....	
วันที่...../...../.....	

แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน (อายุ 12 – 18 ปี)

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีน ได้หรือไม่

1	นักเรียนมีอายุน้อยกว่า 12 ปี	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
2	นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
3	นักเรียนได้ตรวจพบโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
4	นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางเดินระบบประสาท และโรคอื่นๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
5	นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
6	นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
7	นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
8	นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่
9	นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="radio"/> ใช่	<input type="radio"/> ไม่ใช่

ใบยินยอมของผู้ปกครองให้บุตรหลานได้รับวัคซีนโควิด 19 (สำหรับผู้ปกครอง)

ข้าพเจ้า ชื่อ - สกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง).....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบและได้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) โดยสมัครใจ
 ไม่ยินยอม เนื่องจาก.....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....