



**แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้นขนาดครึ่งโดส
สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่1-6**

คำชี้แจง : ให้ผู้ปกครองกรณกรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความเป็นจริง เพื่อเจ้าหน้าที่
จะพิจารณาว่านักเรียนสามารถได้รับวัคซีนได้หรือไม่

1. นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
2. นักเรียนไม่มีประวัติการได้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงครบ 2 เข็มเป็นระยะเวลา ตั้งแต่ 4 – 6 เดือน ขึ้นไป	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
3. นักเรียนเคยมีประวัติแพ้วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดวัคซีนครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีน โควิด 19 ชนิดอื่นแทน)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
4. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 3 เดือน	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
5. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการ ของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมี อาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจําได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
6. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
7. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาล มาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
8. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
9. นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่
10. นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจาก แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจและคลายความกังวล ก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	☐ ใช่	☐ ไม่ใช่

หมายเหตุ : หากนักเรียนในสถาบันการศึกษาดังกล่าวมีอายุเกิน 18 ปีให้รับวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วงเข็มกระตุ้น
ได้ พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในวันฉีดวัคซีน