

2021年度【非受雇人員】新冠肺炎疫苗接種意願與自我評估

2020年新冠肺炎疫情肆虐全球，為了加強保護自己及家人的健康，將進行院內員工新冠肺炎疫苗接種作業。請先完成新冠肺炎疫苗的課室或線上的教育訓練(開課代碼:G30600210004)，並協助完成以下意願調查及自我評估，感謝您的配合！如有疑問請聯繫負責人謝小姐 分機:403-5027。

一、請輸入您的基本資料

1. 請輸入您的身分證字號	<input type="text"/>
2. 請輸入您的業管部門名稱	<input type="text"/>

二、接種說明及意願調查

1. 閱讀並瞭解新冠肺炎疫苗的相關資訊 (必答)	<input type="radio"/> 我已經完成教育訓練並瞭解新冠肺炎疫苗的相關資訊
2. 您是否有意願接種新冠肺炎疫苗? (必答)	<input type="radio"/> 我有意願接種 (請續填3.疫苗廠牌意願) <input type="radio"/> 我無意願接種新冠肺炎疫苗。(請續填4.無意願原因別)

3.疫苗廠牌意願(有意願者必答)

如**有意願**接種新冠疫苗，請填選要接種的疫苗廠牌，將依您的意願來安排。**並依衛福部提供之疫苗種類及暴露風險分級順序安排接種**

01 您有意願接種的疫苗廠牌第一順位為何? (可複選)(必答)	<input type="checkbox"/> 輝瑞 <input type="checkbox"/> 莫德那 <input type="checkbox"/> AZ <input type="checkbox"/> 其他(JOHNSON & JOHNSON、NOVAVAX、高端、聯亞)
02 請略過	<input type="text"/>
03 基於先接種先健康，本次衛生局提供 AZ疫苗 ，您是否想先接種?(必答) (填答完請接續完成三、自我評估)	<input type="radio"/> 我想先打AZ疫苗，先具有保護力 <input type="radio"/> 我暫不考慮AZ疫苗

4.無意願原因別

01 如 無意願 接受新冠疫苗接種服務，請回答此題(可複選)(無意願者必答)	<input type="checkbox"/> 已參與其他新冠肺炎疫苗研究計畫 <input type="checkbox"/> 已知對疫苗或其成分過敏 <input type="checkbox"/> 已知有新冠肺炎疫苗接種禁忌症 <input type="checkbox"/> 擔心嚴重副作用 <input type="checkbox"/> 擔心預防效果不足 <input type="checkbox"/> 覺得台灣感染風險低，無需施打 <input type="checkbox"/> 其他
02 承上題，如勾選"其他"請簡述說明(簡答)	<input type="text"/>

三、自我評估

如**有意願**接種新冠疫苗，請協助完成以下自我評估

1.過去病史	
01 您是否有下列病史?(可複選)(必答)	<input type="checkbox"/> 癌症 <input type="checkbox"/> 慢性腎病 <input type="checkbox"/> 慢性肺疾病 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 腦血管疾病 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 神經系統疾病 <input type="checkbox"/> 免疫功能低下(疾病因素或使用免疫抑制劑引起) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 其他(請於下題空白處簡述) <input type="checkbox"/> 無
02 請簡述其餘病史	<input type="text"/>
2.過敏史	
01 您是否曾對下列物質過敏?(必答)	<input type="checkbox"/> 藥物 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 疫苗 <input type="checkbox"/> 其他(請於下題空白處簡答) <input type="checkbox"/> 無
02 請簡述您過敏的物質為何?	<input type="text"/>
03 您過去服用藥物、食物或接種疫苗後，六小時內是否有發生下列症狀?(可複選)	<input type="checkbox"/> 全身嚴重皮疹 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 眼睛腫脹 <input type="checkbox"/> 嘴唇腫脹 <input type="checkbox"/> 心跳加速 <input type="checkbox"/> 皮膚出現紫斑或出血點

過敏性休克 其他症狀(請於下題空白處簡答)

04 請簡述其他症狀

4.其他

01 您是否已接種過新冠肺炎疫苗?
(如:各項研究計畫等)(必答) 是 否

02 您是否懷孕? (女性同仁必答) 是 否

03 您是否為哺乳媽媽? (女性同仁必答) 是 否

謝謝您的填答!

送交問卷