

成人肺炎鏈球菌疫苗接種同意書

請詳閱「成人肺炎鏈球菌疫苗接種須知」並填妥同意書，經醫師診療後接種。

接種者姓名_____

本人（家屬或機構負責人）已瞭解疫苗之保護效果、副作用及禁忌，並決定：

☐ 同意接種13價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV13）。

☐ 同意接種23價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPV23）。

☐ 其他：

※ 公費 PCV13/PPV23提供全國19-64歲侵襲性肺炎鏈球菌感染症（IPD）高風險對象、55-64歲原住民及65歲(含)以上民眾接種。

立同意書人：_____ 簽名：_____

與接種者之關係：☐ 本人

☐ 家屬

☐ 關係人

簽署日期： 年 月 日

醫療院所十碼代碼_____ 醫師簽章_____



請經醫師評估後接種

衛生福利部疾病管制署 關心您的健康