

แบบบันทึกให้บริการ PZ3 นักเรียน 12 – 17 ปี

ชื่อ-นามสกุลเด็ก หมายเลขโทรศัพท์

เลขที่บัตรประชาชน - - - -

ประวัติการติดเชื้อโควิด เคยติดเชื้อ เมื่อวันที่ ยังไม่เคยติดเชื้อ

ประวัติการฉีดวัคซีน เข็ม 1 วันที่ สถานที่ฉีด

เข็ม 2 วันที่ สถานที่ฉีด

ส่งพบแพทย์ BP สูง มีประวัติแพ้ยา.....

แพ้อาหาร.....

ใช้นยา ASA, Plavix, ยาต้านเกล็ดเลือด ใช้นยา warfarin ยาละลายลิ่มเลือด

ใช้นยา กดภูมิคุ้มกัน อื่นๆ ระบุอาการ.....

ความเห็นแพทย์.....

ข้าพเจ้า ยินยอมให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ฝาสีม่วง/เทา เข็มกระตุ้น ขนาดครึ่งโดส โดยสมัครใจ

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

..... เอกสารสำคัญ ห้ามนำกลับบ้าน ฉีกส่งเจ้าหน้าที่ก่อนฉีดวัคซีน