

## 成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種同意書

115年1月15日（含）起適用

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20價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV20）。
- ☐ 同意接種23價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPV23）。
- ☐ 其他：

※ 公費 PCV20/PPV23提供全國65歲（含）以上長者、55-64歲原住民及19-64歲侵襲性肺炎鏈球菌感染症（IPD）高風險對象接種。

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