

ภาคผนวกที่ 5 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้น  
มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่  
จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

|   |  |                          |     |                          |        |
|---|--|--------------------------|-----|--------------------------|--------|
| 1 | นักเรียนมีอายุไม่ถึง 12 ปีบริบูรณ์   | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 2 | นักเรียนเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19<br>หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด<br>อื่นแทน)  | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 3 | นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน   | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 4 | นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของ<br>โรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งมีอาการ<br>กำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรค<br>ประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน) | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 5 | นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์  | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 6 | นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมา<br>ไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)   | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 7 | นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)   | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 8 | นักเรียนได้รับวัคซีนใด ๆ มาก่อนในช่วง 14 วันหรือไม่  | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |
| 9 | นักเรียนมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19<br>(ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ<br>และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)  | <input type="checkbox"/> | ใช่ | <input type="checkbox"/> | ไม่ใช่ |

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม  
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน