

姓名：_____ 生日：_____ 病歷號(診所填)：_____

已知其他慢性病史：_____

有請寫○；無請寫×

1. () 施打過 COVID-19 第一劑
2. () 顯影劑過敏
3. 血栓病史：(1) () 深層靜脈血栓。 (2) () 肺動脈栓塞。
(3) () 中風。 (4) () 心肌梗塞。
4. () 曾經施打流感或肺鏈疫苗 **過敏**
5. () 正在發燒或急性疾病者。
6. () 7 天內 **無** 施打其他疫苗
7. () 7 天內 **無** 注射骨質疏鬆針劑。
8. () 正在服用癌症藥物。