



แบบแสดงความยินยอมและลงข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเอกสารบันทึกการรับทราบและยินยอมการฉีดวัคซีน

ชื่อ-นามสกุล ..... วิศรุต พันธุ์ไม้ศรี ..... วัน/เดือน/ปี เกิด 01/04/2544 อายุ 20 ปี  
เลขบัตรประชาชน ..... 1100801344619 ..... โทรศัพท์มือถือ ..... 0970163020 .....  
เลขพาสปอร์ต .....  
น้ำหนัก ..... 68 ..... กิโลกรัม ส่วนสูง ..... 171 ..... เซนติเมตร

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพของฉีดวัคซีน กรุณาทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างตามความจริง

ลำดับ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณอายุต่ำกว่า 18 ปี		✓
2	คุณมีประวัติการแพ้วัคซีนใด หรือ แพ้ยารุนแรง		✓
3	คุณอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ < 12 สัปดาห์		✓
4	คุณได้รับวัคซีนอื่นๆ มา ภายใน 14 วัน		✓
5	คุณมีความเจ็บป่วยใดๆ ที่ต้องอยู่รพ ก่อนหน้านี้ 14 วัน		✓
6	คุณมีประวัติโรคประจำตัว อาการไม่คงที่		✓
7	ท่านเคยติดเชื้อโควิดเมื่อ วันที่ .....		
8	ท่านเคยกักตัวเนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิดเมื่อวันที่ .....		
9	บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนที่ทำงาน ติดเชื้อโควิด		

หมายเหตุ หากมีโรคประจำตัว ดังต่อไปนี้ และได้รับการรักษาต่อเนื่อง อาการคงที่สามารถรับวัคซีนได้

- ☐ โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง ☐ โรคที่ได้รับยากดภูมิ
- ☐ โรคหัวใจและหลอดเลือด ☐ โรคเบาหวาน
- ☐ โรคไตเรื้อรัง ☐ โรคกระดูกสันหลังคดหรือหัก/รับบาดเจ็บ/รับบาดเจ็บ
- ☐ โรคหลอดเลือดสมอง

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ และช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ ทั้งนี้ ภูมิคุ้มกันจะเกิดขึ้น หลังจากได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ดังนั้น ท่านจำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน เช่น การสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่าง ล้างมือ เป็นต้น

วัคซีนป้องกันโควิด 19 อาจจะมีผลข้างเคียงเช่น ไข้ ปวด บวม แดง ร้อน ปวดศีรษะ ง่วงเพลียใน 48 ชั่วโมงแรกหลังฉีด อาการเหล่านี้จะหายได้เอง แต่หากท่านมีอาการผิดปกติอื่น ๆ เช่น ชา อ่อนแรง ให้ปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19 เป็นที่เรียบร้อยแล้ว และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง โดยข้าพเจ้า

ลงชื่อ ..... ผู้รับบริการ / ผู้มีอำนาจกระทำการแทน  
(.....)  
วันที่ .....



ส่วนที่ 3 ข้อมูลสุขภาพในวันฉีดวัคซีน โดยบุคลากรทางการแพทย์

จุดที่ 1 ข้อมูล ณ วันที่รับวัคซีน

ความดันโลหิต / (หากสูงกว่า 160/100 ขอให้พักรักษา 10 นาที เพื่อวัดซ้ำ)

ไข้หวัด / ครั้ง/นาที

อุณหภูมิ / องศาเซลเซียส (หากสูงกว่า 37.5 ขอให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ลงทะเบียน ก่อนเข้ารับบริการ)

จุดที่ 2 ลงทะเบียน

จุดที่ 3 คัดกรองสุขภาพ (เฉพาะกรณีมีโรคประจำตัว หรือ ต้องการคำปรึกษา)

☐ สามารถรับวัคซีนได้ ☐ เลื่อนการรับวัคซีน

ลงชื่อ ..... ผู้คัดกรอง (แพทย์/พยาบาล)

จุดที่ 4 ฉีดวัคซีน รายละเอียดการฉีดวัคซีน

เวลาฉีด	
เวลาครบ (30 นาที)	

ตำแหน่งติดสติ๊กเกอร์  
Lot/Series no. วัคซีน

ตำแหน่งติดสติ๊กเกอร์  
รหัส พยาบาล ผู้ฉีด

จุดที่ 5 ลงทะเบียน Line / Application พร้อม ☒ เรียบร้อย

จุดที่ 6 สังเกตอาการหลังรับวัคซีน

☐ ปกติ

☐ มีอาการ

(ให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ประจำจุด เพื่อตรวจประเมิน)

จุดที่ 7 คืนแบบฉีดวัคซีน เพื่อสแกน นำเข้าระบบ

☐ เรียบร้อย

