

## 19-64歲侵襲性肺炎鏈球菌感染症（IPD）高風險對象 肺炎鏈球菌疫苗接種同意書

請詳閱「19-64歲侵襲性肺炎鏈球菌感染症（IPD）高風險對象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13價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV13）。
- 同意接種23價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPV23）。
- 其他：

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