

ที่ อย ๐๐๓๒.๑/



โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
ถนนอุทอง อ. พระนครศรีอยุธยา
จ. พระนครศรีอยุธยา ๑๓๐๐๐

ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง แจ้งกำหนดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่นักเรียน/นักศึกษา

เรียน ศึกษาธิการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา , ผู้อำนวยการสถานศึกษาทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โควิด -19 ให้แก่นักเรียน อายุ ๑๒ - ๑๘ ปี เขตอำเภอ

พระนครศรีอยุธยา

จำนวน ๑ ชุด

๒. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ จำนวน ๑ ชุด

๓. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด -19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา

ปีที่ ๑-๖ หรือเทียบเท่า

จำนวน ๑ ชุด

ด้วยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ให้แก่นักเรียน/นักศึกษา ที่มีอายุ ๑๒ - ๑๘ ปี ที่ศึกษาอยู่ในสถานศึกษา เขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านไวรัสโควิด -19 แก่นักเรียน/นักศึกษา ที่ยังไม่เคยได้รับวัคซีนฯ นั้น

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จึงขอแจ้งกำหนดการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา รอบที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๗ - ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔ ณ หอประชุม ๒ โรงเรียนอยุธยาวิทยาลัย เวลา ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

หลักฐานที่นำมาด้วยในวันฉีดวัคซีน

๑. บัตรประจำตัวประชาชน

๒. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ และได้รับการลงนามอนุญาตจากผู้ปกครอง

๓. ทำแบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด -19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาให้เรียบร้อย และลงนามจากผู้ปกครอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไปด้วย จักเป็นพระคุณ

- ทราบน

ขอแสดงความนับถือ

- หมออดุลยาพร

ผู้อำนวยการ

๓๑.๑.๖๕

(นางสาวตรีธันว์ ศรีวิเชียร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ(ด้านเวชกรรม)ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โทร ๐๖๒ ๗๑๖๕๔๕๖

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ yodwaraporn๑๙๖๗@gmail.com

กำหนดการฉีดวัคซีนป้องกันโรค โควิด - 19 ให้แก่นักเรียน อายุ 12 - 18 ปี เขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา

รอบที่ 1 (เข็มที่ 1) ณ ห้องประชุม 2 โรงเรียนอยุธยาวิทยาลัย

วันที่	สถานศึกษา	เวลา	ชั้น	จำนวน(คน)
7-ต.ค.-64	วิทยาลัยอาชีวศึกษาพระนครศรีอยุธยา	9.00 - 10.00	ปวช.-ปวส.	300
		10.00 - 11.00	ปวช.-ปวส.	300
		11.00 - 12.00	ปวช.-ปวส.	300
		13.00 - 14.00	ปวช.-ปวส.	156
	อยุธยาวิทยาลัย	13.00 - 14.00	ม.6	148
		14.00 - 15.00	ม.6	353
	ลุมพลีชนูปถัมภ์	15.00 - 16.00	ม.3	29
	วัดสว่างอารมณ์	15.00 - 16.01	ม.2 - ม.3	32
	วัดพนัญเชิง	15.00 - 16.00	ม.3	35
	ประตูลี้	15.00 - 16.00	ม.3	112
	เทศบาลวัดเขียน	15.00 - 16.00	ม.3	62
	รร.เทศบาลวัดแม่นางปลื้ม	15.00 - 16.00	ม.3	36
	รร.เทศบาลสรรพสามิตบำรุง	15.00 - 16.00	ม.3	24
	รวม 1,887			
8-ต.ค.-64	อยุธยาวิทยาลัย	9.00 - 10.00	ม.5	300
		10.00 - 11.00	ม.5	379
		11.00 - 12.00	ม.4	300
		13.00 - 14.00	ม.4	319
		14.00 - 15.00	ม.3	300
		15.00 - 16.00	ม.3	248
	รวม 1,846			
9 ต.ค. 64	อยุธยาวิทยาลัย	9.00 - 10.00	ม.2	300
		10.00 - 11.00	ม.2	266
		11.00 - 12.00	ม.1	300
	อยุธยาวิทยาลัย	13.00 - 14.00	ม.1	234
	เจนอยุธยา	13.00 - 14.00	ม.3 - ม.6	146
	วิทยาลัยเทคโนโลยีอยุธยา	14.00 - 15.00	ปวช.1-ปวส.2	376

วันที่	สถานศึกษา	เวลา	ชั้น	จำนวน(คน)
	วิทยาลัยเทคโนโลยีและอุตสาหกรรมการต่อเรือพระนครศรีอยุธยา	15.00 - 16.00	ปวช.1-ปวส.2	265
	รวม 1,887 คน			
10-ต.ค.-64	อยุธยาสุรณี	9.00 - 10.00	ม.6	224
		10.00 - 11.00	ม.4	342
		11.00 - 12.00	ม.5	290
	ปากกรานพิทยา	11.00 - 12.00	ม.3 - ม.6	53
	อยุธยาสุรณี	13.00 - 14.00	ม.3	324
	วิทยาลัยเทคนิคพระนครศรีอยุธยา	14.00 - 15.00	ปวช.1	300
		15.00 - 16.00	ปวช.1	370
	รวม 1903			
11-ต.ค.-64	วิทยาลัยเทคนิคพระนครศรีอยุธยา	9.00 - 10.00	ปวช.3	300
		10.00 - 11.00	ปวช.3	122
		10.00 - 11.00	ปวส.1	117
		10.00 - 11.00	ปวส.2	65
		11.00 - 12.00	ปวช.2	300
		13.00 - 14.00	ปวช.2	311
	จอมสุรางค์อุปถัมภ์	14.00 - 15.00	ม.6	394
	อิสลามศรีอยุธยามูลนิธิ	15.00 - 16.00	ม.3 - ม.4	294
	สถานพินิจคุ้มครองเด็ก	15.00 - 16.00		12
	ศูนย์ฝึกเด็กและเยาวชน	15.00 - 16.00		22
	รวม 1,937 คน			
12-ต.ค.-64	จอมสุรางค์อุปถัมภ์	9.00 - 10.00	ม.5	300
		10.00 - 11.00		111
		10.00 - 11.00	ม.3	282
		11.00 - 12.00		200
		13.00 - 14.00	ม.4	384
	วิทยาลัยเทคโนโลยีพณิชยการอยุธยา	14.00 - 15.00	ปวช.1	368
		15.00 - 16.00	ปวช.3	288
	รวม 1,933 คน			

วันที่	สถานศึกษา	เวลา	ชั้น	จำนวน(คน)
14-ต.ค.-64	วิทยาลัยเทคโนโลยีพัฒนการอยุธยา	9.00 - 10.00	ปวช.2	372
		10.00 - 11.00	ปวส.1	110
		10.00 - 11.00	ปวส.2	105
	จิระศาสตร์วิทยา	10.00 - 11.00	ม.3	68
	รร.เทศบาลชุมชนป้อมเพชร	11.00 - 12.00	ม.3 - ม.6	312
	โรงเรียนสาธิตมัธยม มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา	13.00 - 14.00	ม.3 - ม.6	310
	วัดช่างทอง (บุญบำรุงราษฎร์)	14.00 - 15.00	ป.6	17
	บวรวิทยา ๒	14.00 - 15.00	ม.3	40
	วัดพระญาติการาม	14.00 - 15.00	ม.3	40
	วัดประดู่ทรงธรรม	14.00 - 15.00	ม.2 - ม.3	69
	วัดใหญ่ชัยมงคล	14.00 - 15.00	ม.3	58
	วัดพุทไธสวรรย์	14.00 - 15.00	ม.3	28
	บ้านคลองตะเคียน หมู่ 2	14.00 - 15.00	ม.3	36
	สุตินสหราษฎร์	15.00 - 16.00	ม.3	9
	ปฐมวิทยาการ	14.00 - 15.00	ม.3	20
	ยอแซฟอยุธยา	15.00 - 16.00	ม.3	123
	ดำรงศรีวิทยา	15.00 - 16.00	ป.5 - ป.6	30
	รวม 1,747 คน			

ภาคผนวกที่ 4 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองเพื่อให้นักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า ฉีดวัคซีนไฟเซอร์



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้นักเรียน/นักศึกษาฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคโควิด 19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการติดเชื้อในเด็กสามารถมีอาการได้หลากหลายตั้งแต่ไม่มีอาการเลย จนถึงปอดอักเสบรุนแรง หรือเสียชีวิต ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อมักมีอาการไม่รุนแรง โดยพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ และมีเพียงร้อยละ 5 ของผู้ป่วยเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงหรือวิกฤติ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง ระบบหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว รวมถึงภาวะอวัยวะหลายระบบในเด็ก ภาวะแทรกซ้อนมักพบในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในประเทศไทยพบว่าแม้จะมีการติดเชื้อในเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปีในสัดส่วนที่สูงขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีมีอาการไม่รุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตน้อยมาก

วัคซีนมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับสูง และสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การฉีดวัคซีนอาจป้องกันโรคแบบไม่รุนแรงหรือไม่มีอาการไม่ได้ ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจึงยังอาจจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ จึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและมาตรการอื่น ๆ ตามที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานคร และกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือ ลงทะเบียนเมื่อเข้าไปยังสถานที่ เป็นต้น

สำหรับวัคซีนโควิด 19 ในขณะนี้ (ณ วันที่ 15 กันยายน 2564) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย ให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป มีเพียงชนิดเดียว ได้แก่ วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer Vaccine) และได้ผ่านการเห็นชอบให้ใช้วัคซีนดังกล่าวจากคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยวัคซีนนี้เป็นวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA vaccine) ของบริษัท ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pizer-BioNTech) ซึ่งเป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ มีข้อบ่งชี้ในการให้วัคซีนในบุคคลอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ห่างกัน 3 - 4 สัปดาห์ และมีข้อห้ามในการรับวัคซีนไฟเซอร์ ได้แก่ บุคคลที่มีอาการแพ้อย่างรุนแรงในการฉีดวัคซีนเข็มแรก บุคคลที่แพ้วัคซีนและสารที่เป็นส่วนประกอบของวัคซีนอย่างรุนแรง ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 12 ปี ผู้ที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

ผู้ที่มีความประสงค์รับวัคซีนไฟเซอร์ควรมีการเตรียมตัวก่อนรับวัคซีนไฟเซอร์ได้แก่ ปฏิบัติตัวตามปกติ พักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกายตามปกติ ทำจิตใจให้ไม่เครียดหรือวิตกกังวล หากเจ็บป่วยไม่สบายควรเลื่อนการฉีดออกไปก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ สามารถรับวัคซีนได้ รับประทานยาประจำได้ตามปกติ ยกเว้นโรคที่มีความเสี่ยงที่อาจอันตรายถึงชีวิต โรคที่ยังควบคุมไม่ได้ มีอาการกำเริบ หรืออาการยังไม่คงที่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท เป็นต้น ในผู้ที่ไม่แน่ใจหรืออาการยังไม่คงที่ ควรให้แพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำประเมินก่อนฉีด และการมีประจำเดือนไม่เป็นข้อห้ามในการฉีดวัคซีน

จากการศึกษาผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ในเด็กและวัยรุ่น พบว่ามีความปลอดภัยสูง ไม่แตกต่างกับการฉีดในประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ โดยผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ เจ็บในตำแหน่งที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะหรือมีไข้ มักพบผลข้างเคียงหลังการฉีดวัคซีนเข็มที่สองมากกว่าหลังการฉีดเข็มแรกเล็กน้อย ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1-2 วัน หากพบอาการดังกล่าว แนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล และควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอหลังได้รับวัคซีนนาน 1 สัปดาห์ แม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ว่ามีความปลอดภัยและให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่

การฉีดวัคซีนนี้ก็ยังสามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรง (anaphylaxis) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาภูมิแพ้แบบฉับพลัน โดยมากมักเกิดภายใน 5-30 นาทีหลังจากฉีดวัคซีน อาการแพ้รุนแรงมักมีอาการทั่วร่างกายหรือมีอาการแสดงหลายระบบ เช่น หอบเหนื่อย หกลดลมตีบ หมดสติ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นลมพิษ ปากบวม หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน หรืออาจมีความรุนแรงถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

จากข้อมูลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (US CDC) ณ วันที่ 11 มิถุนายน 2564 พบรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบภายหลังการฉีดวัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ ในผู้ที่มีอายุ 12-17 ปี ได้ โดยพบอาการดังกล่าวหลังฉีดเข็มที่สองมากกว่าเข็มที่ 1 และมักพบในเพศชาย (ประมาณ 66.7 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) และเพศหญิง (ประมาณ 9.1 รายจากการฉีดวัคซีน 1 ล้านโดส) โดยอาการที่พบ เช่น การเจ็บหน้าอก หายใจไม่เต็มหรือ ใจสั่น อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในระยะสั้นพบว่า ส่วนใหญ่สามารถกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติได้ภายหลังการรักษา

หากผู้รับวัคซีนเกิดอาการไม่พึงประสงค์หรือไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวเกิดจากวัคซีนหรือไม่ ควรแนะนำให้ผู้ปกครอง/ผู้รับวัคซีนปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงและเกิดขึ้นในช่วง 4 สัปดาห์หลังฉีดวัคซีน และหากฉีดวัคซีนแล้วมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรืออ่อนแรง หรือมีอาการแขนขาอ่อนแรง รวมถึงหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย หรือหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ควรรีบไปพบแพทย์ หรือโทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)
ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....
ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....
เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ).....สัญชาติ.....
ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า ☐ ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ
☐ ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ (ถ้ามี).....
และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

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

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code

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

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม
กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน