致 ： 家長／監護人

小學六年級學童
白喉、破傷風、無細胞型百日咳（減量）及滅活小兒麻痺混合疫苗（dTap-IPV）接種

衞生署衞生防護中心學童免疫注射小組現定於_____年_____月_____日到本校為小六學童接種白喉、破傷風、無細胞型百日咳（減量）及滅活小兒麻痺混合疫苗（dTap-IPV）。

該署提供以下的建議：

(一) 學童可能於小一在學校或私家診所接種此疫苗加強劑，或含白喉、破傷風成份的混合疫苗及小兒麻痺疫苗加強劑，但就讀六年級的學童仍需再接種一次加強劑。**如果學童在十歲或以後已經接種上述加強劑，是次便不用再接種此混合疫苗**。

(二) 如 貴子女因健康問題，對是否適宜接種此疫苗有任何疑問，可先請教家庭醫生。

請細閱本頁背面的資料，如有查詢，請於辦公時間內（星期一至五 9am – 1pm 及 2pm – 5:30pm，星期六、日及公眾假期休息）致電 2615 8585 或 2615 8563 與學童免疫注射小組職員聯絡。

現請 貴家長／監護人簽署下列**其中一張回條**（即同意書或不同意書）。不論同意與否，亦**須連同學童所有免疫接種記錄（正本），一併交回本校，以便查閱**。

校長：_____

日期：_____

✂----------

《不同意書》☒

白喉、破傷風、無細胞型百日咳（減量）及滅活小兒麻痺混合疫苗（dTap-IPV）

- 本人已閱讀亦明白附頁**疫苗接種資料**的內容。
- 本人 不同意 學童接種衞生署安排之 **dTap-IPV** 混合疫苗，原因是：（ 請在合適的 ☐ 內加上 ✓ 號 ）

☐ 學童**於十歲或以後，曾接種此疫苗**加強劑或含有此疫苗成分的加強劑。接種日期：_____年___月___日

☐ 將會到**私家醫生**接種此疫苗。

☐ 對此疫苗曾經有**嚴重的不良反應**：_____

☐ **健康理由**：_____

☐ **其他理由**：_____

請將此回條連同學童所有免疫接種記錄（正本），一併交回學校。

* 本人同意學校向衞生署提供本人及學生的個人資料，並根據用途聲明使用。

班別：_____ 班號：_____

學校：_____

學童姓名：_____ 性別：_____

出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

家長／監護人簽署：_____

家長／監護人姓名：_____

住宅電話：_____ 辦公室電話：_____

手提電話：_____ 日期：_____

✂----------

【同意書】☑

白喉、破傷風、無細胞型百日咳（減量）及滅活小兒麻痺混合疫苗（dTap-IPV）

- 本人已閱讀亦明白附頁**疫苗接種資料**的內容。
- 本人 同意 學童接種衞生署安排之 **dTap-IPV** 混合疫苗。
- 請在合適的 ☐ 內加上 ✓ 號：

☐ 本人現附上學童免疫接種記錄，以供 貴署職員查閱。

☐ 本人**未能**提供學童免疫接種記錄，但**仍同意學童接種此疫苗**（ 如遺失，請盡快補領 ）。

家長／監護人簽署 ：_____

家長／監護人姓名 ：_____

日期 ：_____

* 本人同意學校向衞生署提供本人及學生的個人資料，並根據用途聲明使用。

班別：_____ 班號：_____

學校：_____

學童姓名：_____ 性別：_____

出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

住宅電話：_____ 辦公室電話：_____

手提電話：_____

請將此回條連同學童所有免疫接種記錄（正本），一併交回學校。

DH2269A (Rev.2020)
SI-dTap-IPV-080-C-09-04/19 (V11)