

## แบบคัดกรองก่อนฉีดวัคซีนโควิด-19

- ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา(โควิด-19) และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการฉีดวัคซีนเรียบร้อยแล้ว  
จึงยินยอมที่จะได้รับการฉีดวัคซีนตามผลการประเมินภาวะสุขภาพโดยแพทย์ ☐ เห็นด้วย ☐ ไม่เห็นด้วย
- หากคุณยินยอมรับการฉีดวัคซีนโควิด-19 กรุณาอ่านคำถามต่าง ๆ ดังต่อไปนี้อย่างละเอียดเพื่อการตัดสินใจที่ปลอดภัย พร้อมทั้งทำเครื่องหมายในช่อง  
"ยืนยัน" ของตนเอง (ผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง)

[illegible]