



ที่ ศธ ๐๔๓๐๔.๒๙/ว๔๖๓

โรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย นครปฐม  
(พระตำหนักสวนกุหลาบมัธยม)  
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล  
จังหวัดนครปฐม ๗๓๑๗๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียน รอบที่ ๑

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาศึกษาปีที่ ๔ - ๖ ลำดับที่ฉีดวัคซีน ๑ - ๖๙๔

อ้างอิง หนังสือโรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย นครปฐม (พระตำหนักสวนกุหลาบมัธยม)  
ที่ ศธ ๐๔๓๐๔.๒๙/ว๔๓๕ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ จำนวน ๑ ฉบับ  
๓. แผนที่มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย (สถานที่ฉีดวัคซีน) จำนวน ๑ ฉบับ  
๔. บัญชีรายชื่อนักเรียนที่ประสงค์ขอฉีดวัคซีนไฟเซอร์ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย นครปฐม (พระตำหนักสวนกุหลาบมัธยม) ขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้ปกครองตอบแบบสำรวจความประสงค์ให้นักเรียนสำหรับการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ และโรงเรียนได้นำส่งข้อมูลนักเรียนที่ประสงค์ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา นครปฐม แล้วนั้น

ในการนี้ คณะกรรมการบริหารจัดการวัคซีนอำเภอพุทธมณฑล ได้มีมติให้ฉีดวัคซีนนักเรียน ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายก่อน โดยได้จัดสรรวัคซีนไฟเซอร์ให้กับนักเรียนโรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย นครปฐม (พระตำหนักสวนกุหลาบมัธยม) จำนวน ๖๙๔ โดส โดยมีกำหนดการฉีดวัคซีนให้กับนักเรียน ดังนี้

วันเดือนปี ที่ฉีด	เวลาฉีด	นักเรียนระดับชั้นที่ฉีด	ลำดับที่ฉีด
๘ ตุลาคม ๒๕๖๔	๑๒.๓๐ น. - ๑๓.๓๐ น.	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖/๑ - ๖/๘	๑ - ๒๐๙
	๑๓.๓๐ น. - ๑๔.๓๐ น.	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๖/๙ - ๖/๑๑	๒๑๐ - ๔๐๗
		ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕/๑ - ๕/๔	
	๑๔.๓๐ น. - ๑๕.๓๐ น.	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕/๕ - ๕/๑๑	๔๐๘ - ๕๙๔
	๑๕.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น.	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔/๑ - ๔/๔	๕๙๕ - ๖๙๔

/สถานที่ฉีด...

สถานที่ฉีดวัคซีน ณ อาคารพิพิธภัณฑ์เจดีย์วิชาการเฉลิมพระเกียรติ ภ.ป.ร. ๘๐ พรรษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

สิ่งที่นักเรียนจะต้องเตรียมการและนำมาในวันที่ฉีดวัคซีน มีดังนี้

๑. บัตรประจำตัวประชาชนฉบับจริงของนักเรียน
๒. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ที่ผู้ปกครองกรอกรายละเอียดและลงชื่อด้วยปากกาถูลูกกลิ้งสีน้ำเงินแล้ว (ให้ใช้เอกสารที่แนบกับหนังสือฉบับนี้) จำนวน ๑ ฉบับ
๓. เอกสารแบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙ ที่ผู้ปกครองกรอกรายละเอียดและลงชื่อด้วยปากกาถูลูกกลิ้งสีน้ำเงินแล้ว (ให้ใช้เอกสารที่แนบกับหนังสือฉบับนี้) จำนวน ๑ ฉบับ
๔. ให้นักเรียนดาวน์โหลดแอปพลิเคชันหมอพร้อม และติดตั้งลงทะเบียนให้เรียบร้อย
๕. ปากกาถูลูกกลิ้งสีน้ำเงิน ๑ ด้าม
๖. ขอความร่วมมือนักเรียนแต่งกายใส่ชุดพลະ สวมรองเท้าหุ้มส้น
๗. ให้นักเรียนเดินทางถึงหน่วยฉีดวัคซีนก่อนเวลานัดหมาย ๑๕ นาที (ผู้ปกครองสามารถรอด้านนอกอาคารได้ แต่ไม่สามารถเข้าไปในบริเวณที่ฉีดวัคซีนได้)

จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้ปกครองนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาศึกษาปีที่ ๔ - ๖ ลำดับที่ฉีดวัคซีน ๑ - ๖๔๔ ให้นำนักเรียนมาเข้ารับบริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ ตามวันเวลาและสถานที่ที่กำหนดข้างต้น ถ้าท่านไม่นำนักเรียนมาฉีดตามวันเวลาสถานที่ที่กำหนดถือว่าท่านไม่ประสงค์ให้นักเรียนฉีดวัคซีน ส่วนนักเรียนที่ยังไม่ถึงลำดับการฉีดวัคซีนในรอบนี้ เมื่อโรงเรียนได้รับการจัดสรรวัคซีนเพิ่มเติมจากคณะกรรมการบริหารจัดการวัคซีนอำเภอพุทธมณฑล จะแจ้งให้ผู้ปกครองนำนักเรียนมาเข้ารับบริการฉีดวัคซีนในรอบถัดไป รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ



(นางสุปราณี อยู่ฤกษ์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนกาญจนาภิเษกวิทยาลัย นครปฐม

(พระตำหนักสวนกุหลาบมัธยม)

งานอนามัย กลุ่มบริหารทั่วไป

ผู้ประสานงาน :

- นายเศรษฐพัฒน์ สลับศรี รองผู้อำนวยการโรงเรียน โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๘ ๖๓๑๗ ๖๓๗๘
- นางสาวกรรณิการ์ สมคะเน เจ้าหน้าที่งานพยาบาล โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๖ ๓๑๐๘ ๕๒๕๔



## 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 : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน  
ข้อควรระวังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนโควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code



แบบคัดกรองและใบยินยอมรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพิ่มที่ \_\_\_\_\_  
**โรงพยาบาล** QN \_\_\_\_\_

ติด Sticker Lot/Serial No. \_\_\_\_\_

ชื่อ - นามสกุล \_\_\_\_\_  
 เบอร์โทรศัพท์ \_\_\_\_\_

อายุ \_\_\_\_\_ ปี

HN \_\_\_\_\_

ที่อยู่ \_\_\_\_\_

ประวัติแพ้ยา : \_\_\_\_\_

คำชี้แจง ให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่  
 จะได้พิจารณาว่า นักเรียน/นักศึกษา สามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

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

หมายเหตุ: หากนักเรียน/นักศึกษาในสถาบันการศึกษาดังกล่าว มีอายุเกิน 18 ปี ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อม  
 กับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

1. น้ำหนัก.....กก.      2. ส่วนสูง.....ซม. 3. อุณหภูมิ.....องศา      4. ชีพจร.....ครั้ง/นาที 5. ความดัน(1)...../..... เวลา.....น. 5. ความดัน(2)...../..... เวลา.....น.	ผู้รับบริการได้รับการประเมินติดตามอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีน เป็นเวลา ไม่น้อยกว่า 30 นาที แล้ว ปรากฏว่า [ ] ไม่พบอาการผิดปกติ [ ] พบอาการผิดปกติ [ ] ไม่รุนแรง [ ] ปานกลาง [ ] รุนแรง [ ] ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด [ ] มีไข้ [ ] ปวดศีรษะ [ ] เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง [ ] ปวดกล้ามเนื้อ [ ] ปวดกล้ามเนื้อ และกล้ามเนื้ออ่อนแรง [ ] คลื่นไส้ [ ] อาเจียน [ ] ท้องเสีย [ ] ผื่น [ ] อื่น ๆ ระบุ..... ..... ผู้ประเมิน AEFI.....
เวลาฉีด.....น. ครอบเวลา.....น.      ผู้ฉีด.....	ผู้บันทึกข้อมูล.....      ผู้ออกใบนัด.....

สถานที่ฉีดวัคซีน ณ อาคารพิพิธภัณฑ์เจดีย์วิชาการเฉลิมพระเกียรติ ภ.ป.ร. ๘๐ พรรษา มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม



แผนที่แสดงที่ตั้งมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
248 ม. 1 บ้านวัดสุวรรณ ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170 นครปฐม 73170

รถโดยสารประจำทาง  
ปอ. 515 , สาย 84 ก , ปอ. 84 ก , ปอ. 547



แผนที่ มมร  
มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย  
ที่อยู่มหาวิทยาลัย 248/1 หมู่ที่ 1 บ้านวัดสุวรรณ ถนนศาลายา - นครชัยศรี  
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

