



**2025-2026 年度家長接種季節性流感疫苗報名通告** (通告編號 039/2025-2026)

敬啓者：為配合預防季節性流感，本校現邀請「基督教聯合那打素社康服務部」到校為家長注射季節性流感疫苗。

茲將有關事項臚列如下：

- (一) 注射日期：十一月十日(星期一)
- (二) 時間：上午九時三十分 (請準時出席)
- (三) 疫苗：德國葛蘭素史克藥廠(GSK)生產可防禦四種流感病毒的疫苗 Fluarix Tetra
- (四) 費用：每位\$100 (如符合附件成人參加者同意書內乙.部資格，則為免費。)
- (五) 地點：本校

請注意：是次只供家長報名。學生季節性流感疫苗尚待衛生署通知，學生如欲報名接種，請留意日後通告。

家長如欲報名接種須先填妥附件由「基督教聯合那打素社康服務部」發出的成人參加者同意書，如多於一位家長參加，請自行影印同意書/或向校護取。若家長符合乙.部資格，可獲政府資助，需額外填寫衛生署紙本的「疫苗資助同意書」，「疫苗資助同意書」會在家長回覆本通告後按需要派發。

請家長於 17/10/2025(三)或前填妥回條並由 貴子女帶返交班主任彙收，以憑辦理為荷。

如有疑問，歡迎致電 2729 3929 向龔校護(小學)/ 程校護(中學)查詢。

此致  
貴家長



校長：\_\_\_\_\_ 啟  
(楊靈滙)  
主曆二零二五年十月十日

----- 回 條 -----

「2025-2026 年度家長報名接種季節性流感疫苗通告」回條  
通告編號 039/2025-2026(回條交黃家慧書記辦理)

敬覆者：

本人為小 / 中 \_\_\_\_\_ 班學生 \_\_\_\_\_ 家長，知悉 2025-2026 年度家長報名接種季節性流感疫苗通告事宜。

本人或本人家人

未擬報名參加報名接種季節性流感疫苗。

擬報名參加，人數如下：

1)  符合右方同意書內乙.部資格家人 \_\_\_\_\_ 名(免費)

2)  18-49 歲家人 \_\_\_\_\_ 名 (每人\$100)。

現附上回條，敬請代為辦理。

此覆  
路德會救主學校

家長簽署：\_\_\_\_\_

主曆二零二五年十月 \_\_\_\_ 日



職員專用

一般人士  受資助人士

交易編號：

2025/26 流感疫苗注射服務

成人

Fluarix Tetra 2025/26

葛蘭素史克藥廠(GSK) (德國生產)

可防禦四種流感病毒

1. 類甲型 A/維多利亞 Victoria/ 4897/ 2022 (H1N1) pdm-09 病毒
2. 類甲型 A/克羅地亞 Croatia/10136RV/2023 (H3N2)-like virus 病毒
3. 類乙型 B/奧地利 Austria/ 1359417/2021 (B/Victoria 譜系)病毒
4. 類乙型 B/布吉 Phuket/ 3073/ 2013 病毒 (B/Yamagata 譜系)病毒

## 參加者同意書

- 適用於 18 歲或以上\* (精神有認知能力人士)填寫
- 每位參加者須個別填寫一張同意書

\*已年滿 18 歲或以上，並現正就讀香港中學之參加者，必須由家長填寫「家長/監護人」同意書

### 甲. 參加者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)

姓名(中文):

(適用於外展活動)

年齡:

性別: 男 女

團體名稱:

### 乙. 資格聲明：適用衛生署流感疫苗資助計劃 (請在適當的空格加上 )

本人為香港居民，同意/已經加入「醫健通<sup>^</sup>」及符合以下其一身份：

50 歲或以上

正在懷孕\*\*

正在領取社會福利署傷殘津貼人士\*\*/正在領取綜援標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士\*\*

18-49 歲人士並有以下長期健康問題：(參加者無需提交相關證明，但政府稍後將進行核實，必須如實申報)

長期心血管疾病 (高血壓而沒有併發症除外)、肺病或腎病

新陳代謝疾病包括糖尿病或肥胖 (體重指數 30 或以上)

長期神經系統疾病致危及呼吸功能、難於處理呼吸道分泌物、增加異物入肺風險或欠缺自我照顧能力

因右列原因引致免疫力低弱 (脾臟缺失/人類免疫力缺乏病毒感染(愛滋病 AIDS)或正在進行癌症治療/類固醇治療)

注意: 1. \*\*必須提交有效的相關證明副本。未能清楚提供有效的香港居民身份證明文件及其他所需證明文件的參加者，將無法申請衛生署流感疫苗資助，並需自行負擔本次疫苗注射費用。

2. <sup>^</sup>根據政府規定，所有符合資格使用衛生署流感疫苗資助的人士，必須先加入電子健康紀錄互通系統(醫健通)方能獲得資助。若未有戶口人士，本機構將為其辦理。拒絕加入醫健通人士將不獲資助。

### 丙. 參加者個人健康記錄 (請回答下列問題，在適當的空格加上 )

1. 您是否對雞蛋/曾接種過的疫苗或藥物有過敏反應？ 是 否

若答「是」請註明：雞蛋過敏反應：出疹 痲痺、面腫 其他：\_\_\_\_\_

疫苗/藥物名稱及反應：\_\_\_\_\_

2. 您是否曾注射流感疫苗後，出現手腳痲痺/無力或其他過敏反應？ 是 否

3. 您是否為出血病患者或正服用抗凝血劑(薄血丸)？ 是 否

4. (於注射日回答) 注射當日，您現在是否發燒/嚴重不適徵狀？ 是 否

本人聲明以上(甲,乙,丙部)資料全屬正確，並同意接受 2025/26 注射式滅活流感疫苗注射。

參加者簽署：\_\_\_\_\_ (如不會讀寫，請印上(指模)並註明所屬手指)

參加者聯絡電話 (必須填寫)：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

職員專用欄

Prescription : Fluarix Tetra 2025/26 strains 0.5ml x 1 dose

Intramuscular injection

Doctor:

Signature:

Batch No.:

Lt. deltoid  Rt. deltoid

Given by:

Date: