



ที่ ศธ 04345.21/ว 81

โรงเรียนสวงนหญิง  
ตำบลท่าพี่เลี้ยง อำเภอเมืองสุพรรณบุรี  
จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

4 ตุลาคม 2564

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6

เรียน ผู้ปกครองนักเรียนโรงเรียนสวงนหญิง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ จำนวน 1 ฉบับ  
2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน  
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 1 ฉบับ  
3. ตารางช่วงเวลาการฉีดวัคซีน จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) สำหรับนักเรียน/นักศึกษาซึ่งศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจาก โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จะให้บริการฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ในวันอังคารที่ 12 ตุลาคม 2564 เวลา 08.30 น. ถึงเวลา 16.30 น. โดยการแต่งกาย ใส่ชุดพลະโรงเรียนสวงนหญิง จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลาน และให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูที่ปรึกษา ภายในวันที่ 12 ตุลาคม 2564 รายละเอียดตามช่วงเวลาการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (เข็มที่ 1 เท่านั้น) และขอให้นักเรียนมาโรงเรียนเพื่อคัดกรองก่อนเวลาฉีดวัคซีน อย่างน้อย 30 นาที พร้อมบัตรประชาชนตัวจริง (ของนักเรียน) ปากกา 1 ด้าม หากมีข้อสงสัยสอบถาม ผู้อำนวยการวิทยาลัย เข้มเพชร หมายเลขโทรศัพท์ 087-167-3560 เท่านั้น ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตให้นักเรียนมาโรงเรียน ในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว

ขอแสดงความนับถือ

(นายตรีพงษ์ เข้มเพชร)

ผู้อำนวยการโรงเรียนสวงนหญิง

ฝ่ายบริหารงบประมาณและงานบุคคล

โทร. 0 3552 1659 ต่อ 112

โทรสาร 0 3552 5568

เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

หมายเลขโทรศัพท์ (นักเรียน).....

ชื่อ- นามสกุล (นักเรียน).....อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ).....สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น/ปี.....ห้อง.....เลขที่.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนไฟเซอร์และอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้า  ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์โดยสมัครใจ

ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ สาเหตุ(ถ้ามี).....

และรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้ นำเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ 12 ตุลาคม 2564

ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีน โควิด-19 สามารถดาวน์โหลดอ่านได้ที่ QR code



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษา

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน/นักศึกษาชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 หรือเทียบเท่า

เลขที่บัตรประชาชน

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 ชนิดอื่นแทน)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
3. นักเรียนได้ตรวจพบเชื้อโควิด 19 ภายใน 1 เดือน	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
4. นักเรียนมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
5. นักเรียนอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ ที่มีอายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
6. นักเรียนมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
7. นักเรียนกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใดๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
8. นักเรียนได้รับวัคซีนใดๆ 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 ให้รับวัคซีนไฟเซอร์ได้พร้อมกับนักเรียนร่วมสถาบันการศึกษา

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

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

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ: ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ในวันที่ฉีดวัคซีน ( 12 ตุลาคม 2564 )

น้ำหนัก.....กก ส่วนสูง.....ซม. รอบเอว.....ซม อุณหภูมิร่างกาย.....C

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ.....ครั้ง/นาที

นักเรียนต้องดำเนินการตรวจวัดและกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน โดยดำเนินการตรวจได้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/โรงพยาบาล/หน่วยบริการทางการแพทย์ใกล้บ้าน

## ตารางช่วงเวลาการฉีดวัคซีนไฟเซอร์ของนักเรียนโรงเรียนสวทญิง

วันอังคาร ที่ 12 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564

กลุ่มผู้รับการฉีด วัคซีนไฟเซอร์	จำนวน(คน)	ตรวจสอบเอกสาร	เวลาฉีดวัคซีนไฟเซอร์
กลุ่ม 7 โรคเสี่ยง	130	08.00 น.	08.30 - 09.00 น.
ม.1	453	08.30 น.	09.00 - 10.00 น.
ม.2	476	09.30 น.	10.00 - 11.00 น.
ม.3	476	10.30 น.	11.00 - 12.00 น.
ม.4	382	12.30 น.	13.00 - 14.00 น.
ม.5	430	13.30 น.	14.00 - 15.00 น.
ม.6	419	14.30 น.	15.00 - 16.00 น.

- หมายเหตุ :
1. ให้นักเรียนมาตามตารางเวลาที่กำหนดให้ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
  2. นักเรียนแต่งกาย ด้วยชุดพละของโรงเรียนสวทญิง
  3. นักเรียนพร้อมผู้ปกครอง ( 1 ท่าน ) เตรียมเอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนไฟเซอร์ และเอกสารแบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับนักเรียน ( ดำเนินการกรอกข้อมูลให้เรียบร้อย ) เพื่อนำมาแสดงตนในการฉีดวัคซีน





# โรงเรียนสงวนหญิง

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุพรรณบุรี



ผังแสดงตำแหน่งอาคารสถานที่  
โรงเรียนสงวนหญิง จังหวัดสุพรรณบุรี

สถานที่จอดรถ (โรงเรียน)

ถนนหลังโรงเรียน



๓๓๕ ถนนถนน นครสวรรค์ (ถนนซอย) ของวงเวียน

สถานที่จอดรถ (ของเทศบาล)

สนง. อบจ. สุพรรณบุรี  
สถานที่จอดรถ

ถนนประชาธิปไตย

ประตูทางเข้า

## ขั้นตอนการเข้ารับ **วัคซีนไฟเซอร์**

วันอังคารที่ 12 ตุลาคม 2564

(เฉพาะนักเรียนที่ขอรับวัคซีนเข็มที่ 1 เท่านั้น พร้อมผู้ปกครอง 1 ท่าน)

1. เดินเข้าทางประตูด้านหน้าโรงเรียน ผ่านเครื่องวัดอุณหภูมิ
2. ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- จุดที่ 1 คัดกรอง (ตามช่วงเวลาที่กำหนด)  
บริเวณอาคาร 4 โรงฝึกพลศึกษา
- จุดที่ 2 พักรอก่อนรับวัคซีน  
บริเวณสนามตะกร้อ
- จุดที่ 3 รับการฉีดวัคซีน  
บริเวณอาคารโดมหน้าเสาธงทางด้านตะวันตก
- จุดที่ 4 จุดพักรอสั่งเกตอาการ  
บริเวณอาคารโดมหน้าเสาธงทางด้านทิศตะวันออก

3. เดินออกทางประตูด้านข้างโรงเรียน (อบจ.สพ.(เก่า))
4. หน่วยบริการฉุกเฉิน หอพยาบาล

ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงเรียนสงวนหญิง

134 ถ.ประชาธิปไตย ต.ท่าพี่เลี้ยง อ.เมืองสุพรรณบุรี จ.สุพรรณบุรี 72000

โทร.0-3552-1659



โรงเรียนสวนกุหลาบ

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาสุพรรณบุรี

ขั้นตอนการเข้ารับ **วัคซีนไฟเซอร์**

วันอังคารที่ 12 ตุลาคม 2564

(เฉพาะนักเรียนที่ขอรับวัคซีนเข็มที่ 1 เท่านั้น พร้อมผู้ปกครอง 1 ท่าน)

**เข้า**  
ประตูหน้า  
โรงเรียน

ผู้รับผิดชอบ  
ครูกลุ่มสาระฯ สุขศึกษาและพลศึกษา



ผู้รับผิดชอบ  
ครูกลุ่มสาระฯ ศิลปะ

**ออก**  
ประตูข้างโรงเรียน  
(ด้าน อบจ.สพ.(เก่า))

**ผ่านเครื่องวัดอุณหภูมิ**

**จุดที่ 1**  
คัดกรอง  
อาคาร 4 โรงฝึกพลศึกษา  
ผู้รับผิดชอบ  
ครูกลุ่มสาระฯ สังคมศึกษา  
ครูกลุ่มสาระฯ ภาษาไทย

**จุดที่ 2**  
พักรอ  
สนามตะกร้อ  
ผู้รับผิดชอบ  
ครูกลุ่มสาระฯ คณิตศาสตร์

**จุดที่ 3**  
ฉีดวัคซีน/ส่งเอกสาร  
โถงหน้าเสาธง (ด้านทิศตะวันตก)  
ผู้รับผิดชอบ  
ครูกลุ่มสาระฯ วิทยาศาสตร์

**จุดที่ 4**  
สังเกตอาการ  
โถงหน้าเสาธง (ด้านทิศตะวันออก)  
ผู้รับผิดชอบ  
ครูกลุ่มสาระฯ ภาษาต่างประเทศ  
ครูกลุ่มสาระฯ การงานอาชีพ  
ครูงานแนะแนว

**หน่วยบริการฉุกเฉิน**  
ห้องพยาบาล  
ผู้รับผิดชอบ  
ครูห้องเรียนพิเศษ EP  
ครูห้องเรียนพิเศษ Education Hub