

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669



บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
สถานที่รับวัคซีน.....  
เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 .....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				



บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
สถานที่รับวัคซีน.....  
เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 .....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน



- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ไข้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669



บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
สถานที่รับวัคซีน.....  
เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 .....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				



บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
สถานที่รับวัคซีน.....  
เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 .....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				



## บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
 สถานที่รับวัคซีน.....  
 เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
 วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2.....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669



## บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
 สถานที่รับวัคซีน.....  
 เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
 วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2.....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669



## บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
 สถานที่รับวัคซีน.....  
 เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
 วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2.....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669



## บัตรบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID-19

ชื่อ-นามสกุล.....  
 สถานที่รับวัคซีน.....  
 เบอร์ติดต่อโรงพยาบาล.....  
 วันที่นัดฉีดวัคซีนเข็มที่ 2.....

การรับวัคซีน	ชื่อการค้าวัคซีน	Lot / Serial No.	วันได้รับวัคซีน	ผู้ฉีดวัคซีน
เข็มที่ 1				
เข็มที่ 2				

หากมีอาการดังต่อไปนี้หลังได้รับวัคซีน  
ให้รีบพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน

- ไม่มีแรง / แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน
- ใช้ หรือ ปวดศีรษะ
- ปวดบวมแดงร้อนบริเวณที่ฉีดวัคซีน
- ปวดเมื่อย / อ่อนเพลีย
- คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
- ผื่นลมพิษ
- อาการอื่น ๆ เช่น ท้องเสีย



ด้วยความขอบคุณจากกระทรวงสาธารณสุข  
Hot line: 1669