

クック郡公共保健部 A型インフルエンザ(H1N1) ワクチン接種承諾書

ワクチン接種対象者の情報 (活字体で書いてください)

ラテアランド識別ラベルをここに貼付

氏名 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 性別 女 ___ 男 ___
 姓 名 ミドルネームイニシャル 月/日/年

住所 _____
 番地 市 郡 州 ジップコード

電話 (_____) _____

人種: (1つ選択): ___黒人 ___白人 ___アジア系 ___その他 ___わからない

民族: (1つ選択): ___メキシコ人 ___プエルトリコ人 ___キューバ人 ___他のヒスパニック ___非ヒスパニック ___アラブ系 ___その他

それぞれの質問について、自分の答えにもっともよく当てはまるものをチェックしてください。	はい	いいえ
1. 過去28日の間にA型インフルエンザ (H1N1) ワクチンの接種を受けましたか?		
2. ラテックスに対する敏感性/アレルギーがありますか?		
3. ギラン・バレー症候群を経験したことがありますか?		
4. 発熱を伴う疾患や他の感染症に現在かかっていますか?		
5. じんましんや呼吸困難など、卵に対する強度のアレルギーがありますか?		
6. インフルエンザワクチンに対して強度の反応を示したことがありますか?		
7. チメロサルに対する敏感性/アレルギーがありますか?		
8. 6ヶ月未満の乳児と一緒に住んでいたり世話をしたりしますか?		
9. 6ヶ月から24歳の間の年齢ですか?		
10. 喘息、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、腎臓病、肝臓病、心臓病などの慢性疾患がありますか?		
11. 妊娠していますか?		
12. 24ヶ月 (2歳) 未満ですか?		
13. 50歳以上ですか?		
14. 以下の生ワクチンのいずれかを過去28日の間に接種されましたか? A型インフルエンザ (H1N1)、FluMist、MMR (麻疹・おたふく風邪・風疹ワクチン)、または水疱ワクチン		
15. 感染する確率を高める免疫システムが弱まった状態 (癌、リンパ腫、白血病、HIV/エイズ、狼瘡など) ですか?		
16. アスピリンを含む療法を受けていますか?		
17. 呼吸したり飲み込むことが困難な脳性小児まひなどの筋肉または神経系の疾患を現在患っていますか?		
18. ゲンタマイシン、ゼラチン、アルギニンに対するアレルギーがありますか?		
19. ワクチン接種の前48時間に抗ウイルス剤を服用しますか?		
20. 骨髄移植ユニットなどの保護された環境でケアを受けなければならない強度に弱った免疫システムの人々と接触しますか?		

生弱毒化A型インフルエンザ (H1N1) ワクチンおよび不活化A型インフルエンザ (H1N1) ワクチンの療法に関するVaccine Information Statements (VIS)を読み、あるいはこれらのワクチンに関する情報を説明してもらいました。質問をする機会を与えられ、満足するまで答えを得ました。私はA型インフルエンザ (H1N1) ワクチンの利点とリスクを理解しています。上記の質問に対する私の回答に従って、ワクチン接種者は私が摂取されるべきA型インフルエンザ (H1N1) ワクチンの種類を判断することを理解しています。私、または私が依頼することを許可されているこの用紙に記名されている人物にワクチンを接種することを承諾し、依頼します。クック郡公共保健部 (CCDPH) およびワクチン接種が実施される学校またはデイケアセンターがこのワクチンの記録を保持することを私は許可し、適用される法律に従って使用するためにこれらの組織がこの用紙をCCDPHへ提供することを私は許可します。私はCCDPHプライバシー保護措置通知を受け取ったことを認めます。

氏名 (活字体で記入) _____ ワクチン接種対象者との関係 (1つだけ選択) _____
 _____ 本人
 ワクチン接種対象者本人、または本人の代理で接種を依頼する権利のある人物の署名 _____ 父兄/保護者
 _____ その他

X _____ 月日: _____

下はクリニック用です。記入しないでください。

Comments: _____

Date Vaccinated	VIS Date	Manufacturer and Lot #	Site of Administration		Signature of Vaccine Administrator
			IN=Intranasal LD=Left deltoid LT=Left thigh	RD=Right deltoid RT = Right thigh	