

Reviewed by: _____ Staff Signature	Date: _____
Is there an accompanying signed Certificate of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	



DOH 348-013
 修订日期:
 2008年10月15日
 Chinese

免疫注射状况证书 (CIS)

儿童姓: _____ 名: _____ 中间名首字母: _____	儿童住址: _____
儿童出生日期: _____ 儿童性别: _____	
父母/监护人姓名: _____	父母/监护人日间电话: _____

如果用手书写, 请在“剂量”一栏左面一列填写疫苗, 在“日期”一栏填写接受疫苗的日期。年龄一栏是选择填写栏目。

◆ 学校及幼儿看护/幼儿园要求 ● 仅幼儿看护/幼儿园要求

疫苗	剂量	日期	年龄	疫苗	剂量	日期	年龄	疫苗	剂量	日期	年龄
◆ 乙型肝炎 (Hep B)				● 肺炎链球菌 (PCV、PPV)				甲型肝炎 (Hep A)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3				3		
					4						
乙型肝炎 (Hep B) 青少年备用免疫注射表				◆ 脊髓灰质炎 (IPV、OPV)				脑膜炎球菌 (MCV4、MPSV4)			
	1				1				1		
	2				2				2		
轮状病毒					3			人类乳头状瘤病毒 (HPV)			
	1				4				1		
	2			流感 (最近)					2		
	3								3		
◆ 白喉、破伤风、百日咳 (DTaP、DTP、DT)				◆ 麻疹、腮腺炎、风疹 (MMR)				其他			
	1				1						
	2				2						
	3										
	4			◆ 水痘							
	5				1			我证明, 此处提供的信息准确、且可验证。			
	2				2						
◆ 白喉、破伤风、百日咳 (Tdap, Td)				▼ 水痘疾病史确认 ▼				父母或监护人签名 _____ 日期 _____			
	1			<input type="checkbox"/> 健康护理服务提供者 (HCP) 核实 ▶	<input type="checkbox"/> 随附 HCP 签名记录, 或 <input type="checkbox"/> HCP 服务提供者在此签名: ▶			持照 HCP 签名 (MD、DO、ND、PA、ARNP) _____ 日期 _____			
	2			<input type="checkbox"/> HCP 根据登记核实 ▶	如果勾选左面的方框, 无需 HCP 签名。	如果学校工作人员在登记处找到证明, 则学校工作人员必须: ▶		获得家长许可后填写姓名首字母或者让家长在下方签名: 工作人员姓名首字母, 表示获得家长同意: _____			
	3			<input type="checkbox"/> 家长报告 ▶	仅限某些年级。填写儿童患病日期或年龄:			家长签名, 表示同意: _____			
	4			请查阅本页背面的免疫性记录、疫苗商品名称和疫苗缩写列表。							

