

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
Rev: 10/15/08
Japanese

予防接種証明書 (CIS)

子供の性: _____ 名: _____ ミドルイニシャル: _____	子供の住所: _____
子供の生年月日: _____ 子供の性: _____	
保護者/後見人氏名: _____	保護者/後見人の日中の電話番号: _____

手書きの場合は、ワクチン名を「接種量」の左の欄に、またワクチンを受けた日を「実施日」の欄に記入してください。年齢記載は任意です。

◆ 学校および保育所/保育園で義務付け ● 保育所/保育園のみ義務付け

ワクチン	接種量	実施日	年齢	ワクチン	接種量	実施日	年齢	ワクチン	接種量	実施日	年齢
◆ B型肝炎 (Hep B)				● 肺炎球菌 (PCV, PPV)				A型肝炎 (Hep A)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4						
B型肝炎 (Hep B) 青年期の代替予定				◆ ポリオ (小児麻痺) (IPV, OPV)				髄膜炎菌 (MCV4, MPSV4)			
	1				1				1		
	2				2						
ロタウイルス (Rotavirus)				インフルエンザ (Flu) (最新の接種)				ヒトパピロマウイルス (HPV)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3				3		
◆ ジフテリア, 破傷風, 百日咳 (DTaP, DTP, DT)				◆ はしか, おたふく風邪, 風疹 (MMR)				その他			
	1				1						
	2										
	3										
	4										
	5										
◆ ジフテリア, 破傷風, 百日咳 (Tdap, Td)				◆ 水痘 (水ぼうそう) (Varicella /chickenpox)				<p>私はここに記載された情報が正確であり、立証可能なものであることを証明します。</p> <p>保護者または後見人の署名 _____ 日付 _____</p>			
	1				1						
	2				2			<p>有資格の医療従事者 (MD, DO, ND, PA, ARNP)の署名 _____ 日付 _____</p> <p>保護者の承認のイニシャルまたは保護者の署名を以下に記す。</p> <p>保護者の承認確認の職員イニシャル: _____</p> <p>保護者の承認の署名: _____</p>			
● B型ヘモフィルス インフルエンザ (Hib)				▼ 水ぼうそう医療記録の証明 ▼							
	1			<input type="checkbox"/> 医療従事者(HCP)の証明 ▶	<input type="checkbox"/> 医療従事者署名入り文書の添付または <input type="checkbox"/> 医療従事者の署名: ▶						
	2			<input type="checkbox"/> 予防接種登録の認定医療従事者(HCP) ▶	左欄に印が入っている場合はHCPの署名は必要ありません。 学校職員が予防接種登録で証明を確認した場合、次のように処理: ▶						
	3			<input type="checkbox"/> 保護者からの報告 ▶	但し、学年によって受理が決まる。病気にかかった時の年月日か年齢を記載:						
<p>免疫の証明、医薬品名参考ガイド、ワクチンの略語リストはこのページの裏をご覧ください。</p>											

血液検査による免疫の証明書(抗体価検査) (titer)

ここに明記されている氏名の子供は、臨床検査値により以下の疾病の免疫があることを証明します。(適応するもの全て印す)

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ジフテリア(Diphtheria) | <input type="checkbox"/> A 型肝炎 (Hepatitis A) | <input type="checkbox"/> B 型肝炎 (Hepatitis B) | <input type="checkbox"/> B型ヘモフィルス インフルエンザ(Hib) | <input type="checkbox"/> はしか (Measles) |
| <input type="checkbox"/> おたふく風邪 (Mumps) | <input type="checkbox"/> ポリオ (Polio) | <input type="checkbox"/> 風疹 (Rubella) | <input type="checkbox"/> 破傷風 (Tetanus) | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (Varicella) |
| <input type="checkbox"/> その他 (Other) (記載:list): | <input type="checkbox"/> 臨床検査値添付(必須) lab report(s) attached (required) | | | |

X

有資格の医療従事者(MD, DO, ND, PA, ARNP)の氏名をタイプまたは活字体で記入

X

有資格の医療従事者の署名 (必須)

日付 (必須)

ワクチン医薬品名*

-医薬品名はアルファベット順です (左欄から先に上から下へ、次に右欄へ移る)

医薬品名	ワクチン名 (略語)	医薬品名	ワクチン名(略語)
Acel-Imune	DTaP	Menomune	MPSV4
ActHIB	Hib	OmniHIB	Hib
Adacel	Tdap	Pediarix	DTaP + IPV + Hep B
Boostrix	Tdap	PedvaxHIB	Hib
Certiva	HPV	Pentacel	DTaP + IPV + Hib
Comvax	Hib + Hep B	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib
Daptacel	DTaP	Pneumovax	PPV23
Decavac	Td	Prevnar	PCV or PCV7
Engerix-B	Hep B	ProHIBIT	Hib
Fluarix	Flu	ProQuad	MMRV
FluMist	Flu	Quadracel	DTaP + IPV
Fluvirin	Flu	Recombivax	Hep B
Fluzone	Flu	Rotarix	ロタウィルス
Gardasil	HPV	RotaTeq	ロタウィルス
Havrix	Hep A	Tetramune	DTP + Hib
HibTITER	Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
HyperTET	TIG	Tri-Immunol	DTP
HyperHEP B	HBIG	Tripedia	DTaP
Ipol	IPV	Twinrix	Hep B + Hep A
Infanrix	DTaP	Vaqa	Hep A
Kinrix	DTaP + IPV	Varivax	水ぼうそう
Menactra	MCV4		

ワクチン名略語*

略語はアルファベット順です。

略語	ワクチン完全表記名訳
DT	ジフテリア, 破傷風
DTaP	ジフテリア, 破傷風, 無細胞性百日咳
DTP	ジフテリア, 破傷風, 百日ぜき
Flu (TIV or LAIV)	インフルエンザ
HBIG	B型肝炎免疫グロブリン
Hep A (HAV)	B型肝炎
Hep B (HBV)	A型肝炎
Hib	B型ヘモフィルス インフルエンザ
HPV	ヒトパピロマウイルスワクチン
IPV	不活化ポリオワクチン
MCV4	髄膜炎菌結合型ワクチン
MPSV4	髄膜炎菌多糖体ワクチン
MMR	はしか, おたふく風邪, 風疹
MMRV	はしか, おたふく風邪, 風疹, 水ぼうそう
OPV	経口生ポリオワクチン
PCV or PCV7	肺炎球菌結合型ワクチン
PPV23	肺炎球菌多糖体 23 価ワクチン
Rota (RV1 or RV5)	ロタウィルス
Td	破傷風, ジフテリア
Tdap	破傷風, ジフテリア, 無細胞性百日咳
TIG	破傷風免疫グロブリン
VAR or VZV	水ぼうそう

*リストの最新情報は右のサイトをご覧ください。 : <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm>