

學生疫苗接種同意書 — 鼻腔噴霧型流感疫苗

(請用黑色或藍色墨水以大寫印刷字母填寫清楚)

		月	/	日	/	年
學生姓名 (姓)	(名)	(中間名縮或全寫)		學生出生日期		

	學生是: <input type="checkbox"/> 雙胞胎 <input type="checkbox"/> 三胞胎
--	---

學生住址					學生性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			()	-	
城市	州	郵遞區號	住居電話		

父母/監護人姓名 (姓)	(名)	白天電話	手機號碼
學校名稱		年級 (請選擇「●」)	
班主任老師姓名 (姓, 名)		<input checked="" type="radio"/> JRK <input type="radio"/> K <input type="radio"/> ① <input type="radio"/> ② <input type="radio"/> ③ <input type="radio"/> ④ <input type="radio"/> ⑤ <input type="radio"/> ⑥ <input type="radio"/> ⑦ <input type="radio"/> ⑧ <input type="radio"/> ⑨ <input type="radio"/> ⑩ <input type="radio"/> ⑪ <input type="radio"/> ⑫ 初級幼稚園 幼稚園 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
學生的醫師姓名 (姓)		(名)	
學生健康保險: (請選擇「●」)「抑制流感在學校中蔓延」計劃是免費的。將不會向您的保險公司收費。 <input type="checkbox"/> HMSA - PRIVATE <input type="checkbox"/> KAISER - PRIVATE <input type="checkbox"/> UNITEDHEALTHCARE - PRIVATE <input type="checkbox"/> ALOHACARE <input type="checkbox"/> UHA <input type="checkbox"/> HMA <input type="checkbox"/> OHANA <input type="checkbox"/> HMSA - QUEST <input type="checkbox"/> KAISER - QUEST <input type="checkbox"/> UNITEDHEALTHCARE - QUEST <input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="checkbox"/> MDX <input type="checkbox"/> HMAA <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 無保險			
保單號碼			

下列問題有助於我們判斷您的孩子是否應該接種**鼻腔噴霧型流感疫苗** (鼻腔減毒流感活疫苗)。每一問題, 請選擇是或否(「●」)。

- | | 是 | 否 |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. 您的孩子是否曾對蛋類或任何流感疫苗的成份產生過嚴重的過敏反應? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. 您的孩子是否曾對之前接種過的流感疫苗劑量產生過嚴重反應? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. 您的孩子是否曾患有格林巴利症候群 (一種嚴重的神經系統紊亂疾病)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4A. 您的孩子是否曾患有哮喘或哮喘? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. 您的孩子是否有慢性疾病? 如心臟病、腎臟病、肺病、認知、神經或神經肌肉疾病、肝臟疾病, 或代謝性疾病如糖尿病, 或血液系統疾病如貧血。 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. 您的孩子是否有因癌症、白血病、人體免疫缺陷病毒HIV / 愛滋病 (後天性免疫不全症候群), 或其他疾病引起的免疫系統減弱? 在最近三個月裏, 您的孩子是否服用如可的松, 強的松或其他類固醇等藥物; 或是您的孩子曾經或是正在 (目前) 接受放射治療? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. 您的孩子是否與或計劃將要患有嚴重的免疫系統功能減弱, 需要在受保護的環境下給予特殊照顧的人住在一起或與其有密切接觸保護性隔離 (例如: 與骨髓移植患者同住一隔離室)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. 您的孩子目前是否服用阿斯匹靈或含有阿斯匹靈的藥物? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. 您的孩子目前是否服用防治流感的處方藥 (例如, 克流感®或瑞樂沙®)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

若對上述任一問題您回答 對其中任何問題「是」、沒有對問題回答或者對問題答案不確定, 您的孩子將不能透過學校疫苗接種計劃接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**, 但可能可以接種**注射型流感疫苗** (參見「綠色」的注射型流感疫苗同意書)。

子女接種疫苗同意聲明: 本人已收到並閱讀了關於 2015-16 鼻腔減毒流感活疫苗資訊聲明。在四週之內, 不能使用一活體病毒疫苗**鼻腔噴霧型**流感疫苗 (例如: MMR, MMRV, 水痘), 因此本人會通知孩子的醫師, 孩子將於 2015 年 10 月至 11 月期間在學校接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**。本人了解相關的風險和益處, 並同意夏威夷州衛生部及其授權之人員, 為本人 (此表格最上端指定) 的孩子接種**鼻腔噴霧型流感疫苗**, 並得與孩子的醫師及醫療保險公司分享孩子接種流感疫苗的相關資訊。本人同意放棄並免除因「抑制流感在學校中蔓延」計劃導致或與其相關的損害, 向夏威夷州、與夏威夷健康計劃協會負有連帶責任的各方, 以及計劃的其他所有贊助單位提出索賠。此外, 本人已收到夏威夷預防注射登記的相關資料 (參見背面)。

簽字/家長或監護人 _____ 日期: ____/____/____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY (行政專用)

Vaccine	Date Dose Administered	Dose Size	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Live, intranasal influenza vaccine	/ /	0.2 ml	Intranasal	MedImmune		/ /	/ /	

Reason **FLU NASAL SPRAY NOT** given: Student had temperature of 100.5° or higher Student refused **FLU NASAL SPRAY**
 Student's consent form incomplete Student absent
 Other: _____