學生疫苗接種同意書 – 注射型流感疫苗

(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

學生住址

學生是：
☐ 雙胞胎 ☐ 三胞胎

城市 州 郵遞區號 住居電話

學生性別:☐ 男 ☐ 女

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「●」) JR K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 初級幼稚園 幼稚園 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
班主任老師姓名 (姓, 名)	
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。

○ HMSA - PRIVATE ○ KAISER - PRIVATE ○ UNITEDHEALTHCARE - PRIVATE ○ ALOHACARE ○ UHA ○ HMA ○ OHANA
○ HMSA - QUEST ○ KAISER - QUEST ○ UNITEDHEALTHCARE- QUEST ○ CHAMPUS/TRICARE ○ MDX ○ HMAA ○ 其他 ○ 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**注射型流感疫苗** (滅活流感疫苗)。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？	○	○
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？	○	○
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) ？	○	○

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，您的孩子將不能通過學校疫苗接種計劃接種注射型流感疫苗 （滅活流感疫苗）。請與您孩子的醫師聯絡。

子女接種疫苗同意聲明：本人已收到並閱讀了關於 2015-16 滅活流感疫苗的接種資訊聲明。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**注射型流感疫苗**，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	Site	Route	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	VIS Publ. Date	Name, Address, & Title of Vaccine Administrator
Inactivated influenza vaccine	/ /	0.5 ml	RA LA	IM			/ /	/ /	

Reason **FLU SHOT NOT** given:

○ Student had temperature of 100.5º or higher
○ Student's consent form incomplete
○ Student refused **FLU SHOT**
○ Student absent
○ Other: _____