

계절성 독감 백신 접종 동의서

학부모/후견인께,

자녀의 계절성 독감 백신 접종을 원하실 경우, 이 양식을 작성합니다. 학부모/후견인 또는 학부모가 지정한 성인이 학생의 예방접종 시 함께 있어야 합니다.

학생 성:	학생 이름:	나이:	학년:
주소:	집 전화번호: 휴대전화: 직장 전화번호:	생년월일:	
담임:	자녀가 독감 백신을 접종한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
	독감 예방접종 시 백신을 한 번만 접종하였습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

Centers for Disease Control (CDC)는 독감에 관한 강한 예방책으로써 계절성 독감 백신을 처음 접종 받는 8 세 이하의 아동에게 4 주 이내에 2 차 접종을 권장하고 있습니다.

다음 질문 중 하나라도 "예"라고 답하였을 경우, 여러분 자녀는 계절성 독감 백신을 이곳에서 받을 수 없습니다. 자녀의 담당 의사에게 받으시기 바랍니다.

다음 모든 질문에 "아니요"라고 답하였으며 자녀가 계절성 독감 백신을 접종 받기 원할 경우, 아래에 서명합니다.

1. 오늘, 자녀가 아픈니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2. 계란, 티메로살, 네오마이신, 폴리믹신 B, 카나마이신, 겐타마이신, 포름알데히드, 젤라틴, 아르기닌, 수크로오스(자당) 또는 이전에 투여한 독감백신에 알레르기 반응을 일으킨 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
3. 과거에 예방접종을 받은 후 심각한 반응을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
4. 자녀가 Guillian-Barre syndrome(길랑 – 바레 증후군) 병력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

백신 접종일에 몸이 아픈 아동은 독감 백신을 접종 받을 수 없습니다.

동의서:

본인은 계절성 독감 백신에 대한 백신 정보(Vaccine Information Statement-VIS)를 받았으며 읽었습니다. 또한 백신에 대해 질문할 기회도 있었습니다. 이 백신은 우리 아이의 건강을 위해 제공되는 것이며 계절성 독감 백신을 투여하면 안 되는 경우에 대해서도 숙지하였습니다. 위에 나열된 경우는 우리 아이에게 해당되지 않으며, 우리 아이의 계절성 독감백신 접종에 동의합니다.

학부모/후견인 이름: _____ 학부모/후견인 서명: _____ 날짜: _____

Office Use Only (사무실용)

Vaccine	Mfg/ Lot #	Exp. date	Dose/ Route	VIS Date
1 st dose Influenza				
2 nd dose Influenza				

2 nd Dose Required: if less than 8 years old	Yes	No
--	-----	----

1st Vaccine administered by: _____ Date: _____ 2nd Vaccine administered by: _____ Date: _____