健康筛查与授权许可表 —— 流感疫苗

(修改於 2010 年 9 月 8 日)

請回答下列相關疫苗接種者的問題。

您的回答將會告知我們誰可以在學校醫務室環境接受流感疫苗的接種。

姓名:	出生日期:	年齡:
住址:	城市:	電話:
年級:	教師:	

	是	否
1) 此人對雞蛋、雞肉、慶大霉素(gentamicin)、果凍、精氨酸(arginine)過敏嗎?		
2) 此人在過去對所接種的疫苗有過嚴重的反應嗎?		
3) 此人曾經患過格林-巴厘綜合徵(Guillain-Barre)嗎?		

如果此人對上述任何問題的回答是 "是", 此人便不可以在學校醫務室環境接種流感疫苗。請與你的健保主治醫生聯系。

4) 此人患有哮喘、糖尿病、肺病、心臟病、腎臟病、血液紊亂、免疫抵抗力低下疾病，或者服用阿斯皮林或者接受免疫抑制治療?		
5) 此人在過去的 4 星期內是否接受過任何疫苗接種? 請詳細寫明所接種疫苗的日期和種類: _____		
6) 此人的免疫系統是否弱, 或者與任何免疫力弱的人(例如: HIV、癌症)接觸過, 或者服用例如激素藥物或者治療癌症的藥物?		
7) 此人已經懷孕或正處餵奶階段?		
8) 此人是否獲得 MaineCare (Medicaid) 的保險擔保?		
9) 此人是美國印地安人或者阿拉斯加原住民嗎?		
10) 此人的保險範圍不足嗎 (擁有的保險不負擔流感疫苗)?		
11) 此人購買了保險嗎?		
12a) 健保提供商:	12b) Healthcare 提供商電話號碼:	
13) 醫療保險公司(如果有)以及識別號碼:		

	是	否
14) 我本人允許將此疫苗接種記錄用於向 MaineCare 或私營保險公司就提供此疫苗的費用而寄送帳單, 並同意將此資訊輸入 ImmPact2 登記系統。此登記系統可以讓主要健保提供者 (primary care providers)閱讀。		

15) 我收到一份 2010 年流感疫苗資訊說明書。我已經閱讀過了或請人向我講解說明了。我明白 2010 年流感疫苗的好處和風險，**並要求給本人接種此疫苗**。我明白，如果我在下方簽字，就表明我同意代表我本人、我的孩子／受監護人，或者二者均包括，接受接種由提供疫苗服務的健保提供者所確定的最適合的疫苗。

X_____

接受疫苗接種的人士簽字; 或孩子父母簽字, 如果接受疫苗接種者是未成年者, 監護人簽字。

孩子父母或監護人姓名(請工整書寫):_____ 日期:_____

辦公室人員專用

接種日期	疫苗	疫苗廠商	批次號碼	劑量	學校疫苗提供商簽字和職位	身體部位	途徑
/ /							☐ 注射 ☐ 鼻孔