

シンシナティ小児病院医療センター
ウイルスワクチン接種同意書 B 型肝炎
 (VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS B – Japanese)

	はい	いいえ	パン酵母に過敏ですか？
	はい	いいえ	過去7日間熱を伴う病気をしましたか？
	はい	いいえ	B型肝炎ワクチンまたはその他のワクチンに対して生死にかかわるアレルギー反応がありますか？
	はい	いいえ	心肺系に障害がありますか？
	はい	いいえ	透析の経験がある、または現在透析ですか？
	はい	いいえ	固形臓器または骨髄移植患者ですか？

私は、B型肝炎ワクチンに関するデータ表の情報を読む、または第三者の人と一緒に説明を受けました。質問に対する回答も十分に得ています。私は、このワクチンの利点とリスクについて理解した上で、以下に記すワクチンを私自身、または下に記す人物（私にこの要求をする権限がある人物）に投入することを要求します。この3回に渡る接種の完了前に私の雇用が終了した場合は、私個人が責任を持って接種を完了いたします。

 社会保障番号

 部署

 生年月日

ワクチン #1 Recombivax Energix

 氏名

 署名

 日付

ワクチン #2 Recombivax Energix

 氏名

 署名

 日付

ワクチン #3 Recombivax Energix

 氏名

 署名

 日付

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

 Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Right deltoid IM _____ Date of VIS
 Left deltoid IM _____ Date VIS read

 Employee Health Nurse Signature

Vaccine # 2 Adverse Reaction to 1st vaccine _____

5/22/2008 B 型肝炎

職員健康保険部：白コピー

職員控

え：黄コピー

5/22/2008 HepB consent

White copy to Employee Health

Yellow copy to Employee

シンシナティ小児病院医療センター
ウイルスワクチン接種同意書 B 型肝炎
(VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS B – Japanese)

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Right deltoid IM _____ Date of VIS
 Left deltoid IM _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature

Vaccine # 3 Adverse Reaction to 2nd vaccine _____

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Right deltoid IM _____ Date of VIS
 Left deltoid IM _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature