

CICINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER

바이러스 백신 접종 동의서 B 형 간염

(VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS B – Korean)

예	아니오	빵에 쓰는 yeast 에 과잉 반응이 있습니까?
예	아니오	지난 7 일 동안 심한 발열이 있었습니까?
예	아니오	B 형 간염이나 기타 다른 백신에 생명이 위협받을 정도로 심각한 알레르기성 반응이 일어납니까?
예	아니오	심폐 기능에 심각한 손상이 있습니까?
예	아니오	투석을 받은 적이 있거나 현재 투석을 받고 있습니까?
예	아니오	장기 또는 골수 이식을 받은 적이 있습니까?

본인은 스스로 혹은 다른 사람의 도움으로 B 형 간염백신 접종 안내서를 읽고 필요한 정보를 확인했습니다. 본인은 궁금한 점에 대한 충분한 설명을 받았습니다. 본인은 백신 접종의 이점과 위험성을 충분히 이해하고 있으며 본인이나 혹은 아래에 명시된 사람에게 아래에 명시된 본인이 지정한 의료인으로 하여금 위의 백신을 접종해 줄 것을 요청합니다. 세 번의 걸친 백신접종이 완료되기 전에 본인이 해고 될 경우 본인이 자비로 접종을 완료할 것을 책임 지겠습니다.

_____	_____	_____
사회 보장 번호	부서	생년월일
Vaccine # 1 <input type="checkbox"/> 레코비박스 에네르딕스		
_____	_____	_____
이름	서명	날짜
Vaccine # 2 <input type="checkbox"/> 레코비박스 에네르딕스		
_____	_____	_____
이름	서명	날짜
Vaccine # 3 <input type="checkbox"/> 레코비박스 에네르딕스		
_____	_____	_____
이름	서명	날짜

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1					
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Right deltoid IM	_____ Date of VIS
Manufacturer	Lot#	Exp Date	Date of Vaccination	<input type="checkbox"/> Left deltoid IM	_____ Date VIS read
Employee Health Nurse Signature					
Vaccine # 2 <input type="checkbox"/> Adverse Reaction to 1 st vaccine _____					
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Right deltoid IM	_____ Date of VIS
Manufacturer	Lot#	Exp Date	Date of Vaccination	<input type="checkbox"/> Left deltoid IM	_____ Date VIS read
Employee Health Nurse Signature					
Vaccine # 3 <input type="checkbox"/> Adverse Reaction to 2nd vaccine _____					
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Right deltoid IM	_____ Date of VIS

CICINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER
바이러스 백신 접종 동의서 B 형 간염
(VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS B – Korean)

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

Employee Health Nurse Signature