

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 破傷風、ジフテリア
 (VIRUS VACCINE CONSENT FORM TETANUS AND DIPHTHERIA – Japanese)

はい		いいえ	チオマーサルまたは水銀製品に対するアレルギーがありますか？
はい		いいえ	破傷風ジフテリア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	過去7日間熱を伴う病気をしましたか？
はい		いいえ	免疫欠陥がありますか？(癌、白血病、リンパ腫、HIV)
はい		いいえ	免疫抑制薬の摂取またはステロイド治療を受けていますか？
はい		いいえ	出血がある、または凝固障害あるいは血小板減少症ですか？

私は、破傷風ジフテリアの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。

社会保障番号

部署

生年月日

ワクチン # 1 TD

氏名

署名

日付

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

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

Employee Health Nurse Signature