

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER
바이러스 백신 접종 동의서 파상풍 및 디프테리아
(VIRUS VACCINE CONSENT FORM TETANUS AND DIPHTHERIA – Korean)

예	아니오	티메리솔과 같은 수은 제품에 대한 알레르기성 증상이 있습니까?
예	아니오	파상풍 디프테리아나 기타 다른 백신에 생명이 위협받을 정도로 심각한 알레르기성 반응이 일어납니까?
예	아니오	지난 7 일 동안 심한 발열이 있었습니까?
예	아니오	면역 체계에 이상이 있습니까? (암, 백혈병, 림프종, HIV 등)
예	아니오	면역 억제 또는 스테로이드 치료를 받고 있습니까?
예	아니오	출혈 또는 혈액 응고 장애나 혈소판 감소증이 있습니까?

본인은 스스로 혹은 다른 사람의 도움으로 파상풍-디프테리아(Td) 백신 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.

_____ 부서 _____ 생년월일
 사회 보장 번호

Vaccine # 1 Td

_____ 서명 _____ 날짜
 이름

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