

シンシナティ小児病院医療センター

ウイルス生ワクチン接種同意書 水痘 (みずぼうそう、帯状疱疹)

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM VARICELLA (Chicken pox – Shingles) – Japanese)

|  |    |     |   |
|--|----|-----|---|
|  | はい | いいえ | ネオマイシンに対するアレルギーがありますか？                                  |
|  | はい | いいえ | ゼラチンに対するアレルギーがありますか？                                    |
|  | はい | いいえ | 水痘ワクチンまたはその他のワクチンに対する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 | 妊娠中ですか？(接種後1ヶ月は妊娠を避けてください。)                             |
|  | 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 | アスピリン(鎮痛・解熱剤)を日常的に接種していますか？(予防接種後6週間はアスピリンの摂取を控えてください。) |
|  | はい | いいえ | 過去5ヶ月間に輸血または血漿治療を受けましたか？                                |
|  | はい | いいえ | 過去5ヶ月間に免疫グロブリンまたは水痘帯状疱疹免疫グロブリンを摂取しましたか？                 |

私は、水痘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**

Varivax

\_\_\_\_\_  
氏名

\_\_\_\_\_  
署名

\_\_\_\_\_  
日付

**ワクチン # 2**

Varivax

\_\_\_\_\_  
氏名

\_\_\_\_\_  
署名

\_\_\_\_\_  
日付

Employee Health Department Use Only

**Vaccine # 1**

Merck & Co. \_\_\_\_\_  Right arm SubQ \_\_\_\_\_ Date of VIS

Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination  Left arm SubQ \_\_\_\_\_ Date VIS read

5/27/2008 水痘ワクチン同意書

白：保険職員控え

黄：職

員控え

5/27/2008 Varicella 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

ウイルス生ワクチン接種同意書 水痘 (みずぼうそう、帯状疱疹)

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM VARICELLA (Chicken pox – Shingles) – Japanese)

**Vaccine # 2**     Adverse Reaction to 1<sup>st</sup> vaccine \_\_\_\_\_

Merck & Co. \_\_\_\_\_     Right arm SubQ \_\_\_\_\_ Date of VIS  
Manufacturer    Lot#    Exp Date    Date of Vaccination     Left arm SubQ    \_\_\_\_\_ Date VIS read

\_\_\_\_\_  
Employee Health Nurse Signature