

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

<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	A 型肝炎またはその他ワクチンの摂取前に激しいアレルギー反応がありますか？
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	血小板減少症または出血性障害がありますか？
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	中度または重度の病気をお持ちですか？
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	水酸化アルミニウム、または保存料フェノキシエタノールに対するアレルギーがありますか？
<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ	免疫不全ですか？(癌、白血病、リンパ腫、HIV)

私は、A 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。

 社会保障番号

 部署

 生年月日

ワクチン #1 A 型肝炎

 氏名

 署名

 日付

ワクチン #2 A 型肝炎

 氏名

 署名

 日付

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

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

 Employee Health Nurse Signature

Vaccine # 2 Averse Reaction to 1st vaccine _____

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

 Employee Health Nurse Signature