

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER

바이러스 백신 접종 동의서 홍역, 이하선염 및 풍진

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM MEASLES, MUMPS AND RUBELLA – Korean)

예	아니오	네오마이신에 대한 알레르기성 증상이 있습니까?
예	아니오	달걀에 대한 알레르기성 증상이 있습니까?
예	아니오	젤라틴(갯풀)에 대한 알레르기성 증상이 있습니까?
예	아니오	풍진, 이하선염, 홍역이나 기타 다른 백신에 생명이 위협받을 정도로 심각한 알레르기성 반응이 일어납니까?
예	아니오	임신 중이십니까? 면역 후 4 주 동안은 절대로 임신하지 않도록 주의하십시오--- 피임기구를 사용하십시오.
예	아니오	지난 7 일 동안 심한 발열이 있었습니까?
예	아니오	면역 체계에 이상이 있습니까? (암, 백혈병, 림프종, 면역결핍증)
예	아니오	관절염이 있습니까?
예	아니오	갈랄(길리안)-바레 중후군 내력이 있습니까?
예	아니오	면역 억제 또는 스테로이드 치료를 받고 있습니까?
예	아니오	혈액 이상이 있습니까?
예	아니오	지난 11 개월 동안 혈액, 혈장 또는 혈청을 수혈 받은 적이 있습니까?
예	아니오	뇌 부상이나 경련을 경험한 적이 있습니까?

본인은 스스로 혹은 다른 사람의 도움으로 홍역, 이하선염 및 풍진 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.

사회 보장 번호

부서

생년월일

Vaccine # 1 MMR (홍역, 이하선염 및 풍진)

이름

서명

날짜

Vaccine # 2 MMR (홍역, 이하선염 및 풍진)

서명

날짜

Employee Health Department Use Only

Vaccine # 1

Merck & Co. _____ Right deltoid SubQ _____ Date of VIS

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

Employee Health Nurse Signature

Vaccine # 2

Adverse Reaction to 1st vaccine _____

5/22/2008 MMR 동의서

직원 건강 관리부용 사본

직원용 사본

5/22/2008 MMR consent

White copy to Employee Health

Yellow copy to Employee

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER

바이러스 백신 접종 동의서 홍역, 이하선염 및 풍진

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM MEASLES, MUMPS AND RUBELLA – Korean)

Merck & Co. _____ Right deltoid SubQ _____ Date of VIS
Manufacturer Lot# Exp Date Date of Vaccination Left deltoid SubQ _____ Date VIS read

Employee Health Nurse Signature