

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 はしか、おたふく風邪、風疹

(VIRUS VACCINE LIVE-CONSENT FORM MEASLES, MUMPS AND RUBELLA – 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	卵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	MMR ワクチン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	妊娠中ですか？ 予防接種の後 4 週間は妊娠を避けてください(避妊を使用してください)。
	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	関節炎をお持ちですか？
	はい	いいえ	ギラン・バレー症候群にかかったことがありますか？
	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	血液に異常がありますか？
	はい	いいえ	過去 11 ヶ月の間に輸血、血漿または免疫グロブリンを行ないましたか？
	はい	いいえ	脳損傷またはけいれんを起こしたことがありますか？

私は、はしか、おたふく風邪、風疹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 MMR (はしか、おたふく風邪、風疹)

氏名

署名

日付

ワクチン #2 MMR (はしか、おたふく風邪、風疹)

署名

日付

Employee Health Department Use Only

5/22/2008 MMR ワクチン同意書

白：保険職員控え

黄：

職員控え

5/22/2008 MMR 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 はしか、おたふく風邪、風疹

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

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 _____

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