

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER
바이러스 백신 접종 동의서 A 형 간염
(VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS A – Korean)

예	아니오	A 형 간염이나 기타 다른 백신을 접종할 때 심각한 알레르기성 반응이 일어납니까?
예	아니오	혈소판 감소증이나 출혈 장애가 있습니까?
예	아니오	현재 보통 또는 심각한 질병이 있습니까?
예	아니오	수산화 알루미늄 또는 2 페녹시에탄올이라는 방부제에 대한 알레르기성 반응이 있습니까?
예	아니오	면역 체계에 이상이 있습니까? (암, 백혈병, 림프종, 면역결핍증)

본인은 스스로 혹은 다른 사람의 도움으로 B 형 간염 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 A 형 간염

_____ 이름

_____ 서명

_____ 날짜

Vaccine # 2 A 형 간염

_____ 이름

_____ 서명

_____ 날짜

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

Vaccine # 2

Averse Reaction to 1st vaccine _____

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

 Employee Health Nurse Signature

CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER
바이러스 백신 접종 동의서 A 형 간염
(VIRUS VACCINE CONSENT FORM HEPATITIS A – Korean)

5/22/2008 A 형 간염 동의서
5/22/2008 HepA consent

직원 건강 관리부용 사본
White copy to Employee Health

직용원 사본
Yellow copy to Employee