

# 健康筛查和许可表 – 流感疫苗 2016-2017

NPI: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

全名:	出生日期: / /	年龄:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
街道地址:	城/镇:	邮政编码:	白天电话:
年级:	教师:	学校行政单位 (学区)	

此人是美国印第安人或阿拉斯加土著人吗? 是 否  
 此人没有保险吗? 是 否  
 此人是由 MaineCare (Medicaid) 提供保险吗? 是 否  
 MaineCare ID #: \_\_\_\_\_  
 是私人保险公司吗? 是 否  
 保险公司名称: \_\_\_\_\_  
 ID 号码: \_\_\_\_\_ 团体号码: \_\_\_\_\_  
 保险人姓名: \_\_\_\_\_ 保险人生日: \_\_\_\_\_  
 医生姓名: \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_

请回答与上述所列人员相关的以下问题。可以把说明写在此表的背面。

	是	否
1) 此人曾经有过任何严重的 (危及生命的) 对鸡蛋的过敏吗?		
2) 此人过去曾经有过对流感疫苗的严重反应吗?		
3) 此人曾经有过格林-巴利 (Guillain-Barre) 综合征吗?		

如果您对 1-3 任一问题的答案为“是”，请在接种疫苗时向医护人员咨询。

## 注射疫苗许可:

- 我收到了一份流行性感冒 (流感) 疫苗信息声明, 我阅读了该文件, 或已由人将其解释给我听, 并且我理解此流感疫苗的好处和风险。
- 我允许将这项接种记录输入到 ImmPact Registry 中。
- 我允许将信息用于向 MaineCare 或私人保险公司提交账单, 以收取提供疫苗的费用。
- 我同意此人接受由进行接种的临床医护人员所决定的最合适的疫苗。
- 我允许为上述所列人员接种流感疫苗, 并签字如下:

X \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

家长/监护人签字, 如果接种疫苗的是未成年人; 或接种疫苗的成年人签字

请工整书写家长/监护人姓名: \_\_\_\_\_

以下由诊所填写:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi dose	State Supplied Y N