

| | | | |
|----------------------|---------------------------|---|--------|
| 이름(정자체로 기입) | 생년월일 | 성별 | 거주 카운티 |
| 주소 | 시 | 주 | 우편번호 |
| 전화 | 만 19세 미만인 경우 어머니의 결혼 전 이름 | | |
| 메디케어(Medicare) 청구 번호 | 의사 이름 | | |
| 건강 보험 제공자 | 의사 주소 | | |
| 보험증서 번호 | 백신을 접종받는 진료소/접종소 | 만 19세 이상 NYSIS 입력 동의 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 | |

본인 또는 백신을 접종받는 사람에 대해 아래 질문에 답하십시오.

- 아니요 예 현재 열이 나고 아픈니까?
- 아니요 예 독감 또는 폐렴 백신의 성분(또는 부분)에 대해 생명을 위협하는 알레르기가 발생한 적이 있습니까?
"예"로 답한 경우, 자세히 기록해 주십시오: _____
- 아니요 예 독감 백신을 접종한 후 6주 이내에 길랑바레 증후군이 발생한 적이 있습니까?
- 아니요 예 폐렴 예방 주사를 맞은 적이 있습니까?
- 아니요 예 흡연자이거나 천식, 심장 또는 폐 질환과 같은 만성 질환이 있습니까?
"예"로 답한 경우, 자세히 기록해 주십시오: _____
- 아니요 예 계란 또는 계란 제품에 대해 생명을 위협하는 심각한 알레르기가 발생한 적이 있습니까?
- 아니요 예 현재 임신 중입니까?
- 아니요 예 천식이나 천명의 병력이 있습니까?
- 아니요 예 장기간 아스피린 치료를 받고 있는 어린이나 청소년입니까?
- 아니요 예 본인의 면역력이 약해졌거나 또는 특별한 치료가 필요할 정도로 면역계가 극도로 약해진 사람과 밀접 접촉하고 있습니까?
- 아니요 예 지난 4주 이내에 다른 백신 접종을 받은 적이 있습니까?
- 아니요 예 지난 48시간 이내에 독감에 대한 항바이러스제를 복용한 적이 있습니까?

인플루엔자 동의서

본인은 **인플루엔자** 백신 접종에 대한 예방접종 안내문(Vaccine Information Statement, VIS)을 읽었거나 설명을 들었습니다. 본인은 질문을 하고 만족스러울 때까지 답변을 들을 기회가 있었으며, 설명된 백신 접종의 이익과 위해성을 이해합니다. 본인은 본인에게(또는 본인이 이러한 요청을 대신할 수 있도록 허락해 준 위에 이름이 명시된 사람에게) **인플루엔자** 백신 접종을 해줄 것을 요청합니다. 본인은 메디케어 또는 다른 보험 청구를 처리하거나 기타 공중 보건 목적에 필요한 모든 의료 또는 기타 정보의 공개를 허락합니다. 본인은 환자권리장전(Patient Bill of Rights)의 사본을 받았습니다.

접종자(환자 또는 보호자) 서명 _____ 날짜 _____

폐렴구균 동의서

본인은 **폐렴구균** 백신 접종에 대한 예방접종 안내문(Vaccine Information Statement, VIS)을 읽었거나 설명을 들었습니다. 본인은 질문을 하고 만족스러울 때까지 답변을 들을 기회가 있었으며, 설명된 백신 접종의 이익과 위해성을 이해합니다. 본인은 본인에게(또는 본인이 이러한 요청을 대신할 수 있도록 허락해 준 위에 이름이 명시된 사람에게) **폐렴구균** 백신 접종을 해줄 것을 요청합니다. 본인은 메디케어 또는 다른 보험 청구를 처리하거나 기타 공중 보건 목적에 필요한 모든 의료 또는 기타 정보의 공개를 허락합니다. 본인은 환자권리장전(Patient Bill of Rights)의 사본을 받았습니다.

접종자(환자 또는 보호자) 서명 _____ 날짜 _____

아래는 간호사가 작성해야 하는 부분입니다

인플루엔자 백신

투여 날짜 _____

투여 부위 왼쪽 팔 오른쪽 팔 코
 왼쪽 넓적다리 오른쪽 넓적다리

투여량 0.5 ml 0.25 ml 약독화 인플루엔자 생백신(LAIV)

제조사 및 로트 번호 _____

VIS 날짜 _____

간호사 서명 _____

다음 예방접종 기한: 내년 4주 후 기타 _____

폐렴구균성 질병 백신

투여 날짜 _____

투여 부위 왼쪽 팔 오른쪽 팔
 왼쪽 넓적다리 오른쪽 넓적다리

제조사 및 로트 번호 _____

VIS 날짜 _____

간호사 서명 _____

다음 예방접종 기한: 필요 없음 기타 _____