

學生姓名 _____

出生日期 _____

這份是機密資訊, 目的只用作疫苗接種。

關於您的孩子和青少年在校新百日破 Tdap 疫苗測試問卷

給/家長/監護人: 這些問卷有兩個目的 :

1. 決定合理的理由您的孩子應否接受新百日破(Tdap)免疫針。
2. 決定您的孩子經VFC計劃符合接受新百日破免疫針。符合資格的學童將在學校接受新百日破免疫針。

請回答問題, 簽名, 及聯同您孩子的免疫針記錄把表格送交學校。

下列問題請以是, 否或不知道回答。	是	否	不知道
1. 您的孩子今天是否病了?			
2. 您的孩子是否對乳膠藥物或食物有嚴重敏感? 如果是, 請說明			
3. 您的孩子在過往是否對打免疫針過度反應?			
4. 您的孩子在過往是否有病發作或疾病影響腦部?			
5. 您的孩子是否有癌, 白血病, 愛滋病或其他免疫的問題?			
6. 在過去3個月內您的孩子是否有可體松(過敏症), 強體松, 其他類固醇, 抗癌藥物或輻射治療?			
7. 去年, 您的孩子是否接受過輸血產品或給與免疫(伽馬)的血球素或抗病毒的藥物?			

1. 您的孩子有那一間的健康保險? _____
 我的孩子沒有有健康保險。
 我的孩子有加州保險。

2. 我的孩子是本土美國/本土阿拉斯加州人 是 否

3. 母親的名字 _____

我已閱讀過新百日破免疫說明及我要求孩子接受免疫。

_____ 家長/監護人簽名 _____ 日期

FOR CLINIC USE ONLY

Form reviewed by _____

Qualifies for VFC Yes No

Shot given by _____ Date _____

Left Right Manufacturer Lot # Exp. Date

Chinese/Tdap Screening and Consent Form/RL