

学生疫苗接种记录 (STUDENT IMMUNIZATION RECORD)

家长指南: 在入学后 **30 天内** 填写并交还至学校。州法律要求, 所有公立和私立学校的学生必须在 **入学 30 天内** 出具针对某些疾病的疫苗接种书面证明。可从学校和当地卫生部获取目前对于年龄/年级的要求。仅当学校针对适用的健康情况、宗教或个人信仰而出具豁免书的情况下, 才可免除此类要求。此表格用于衡量法律遵从性, 且将仅用于该目的。如果对于疫苗接种或对于如何填写本表格有任何疑问, 请联系您孩子的学校或当地卫生部。

第 1 步 个人资料

请用正楷填写

学生姓名	出生日期 (年/月/日)	性别	学校	年级	学年
家长/监护人/法定监护人姓名	地址 (街道, 城市, 州, 邮政编码)			手机号码	

第 2 步 疫苗接种记录

列出您的孩子接种以下疫苗的年月日。除了回答水痘疫苗、百日咳混合疫苗或白喉、破伤风二联疫苗外, 不要使用 (√) 或 (X)。如果您孩子的疫苗接种记录没有放在家里, 请联系医生或公共卫生部获取疫苗接种记录副本。

疫苗种类*	第一针 年/月/日	第二针 年/月/日	第三针 年/月/日	第四针 年/月/日	第五针 年/月/日
DTaP/DTP/DT/Td (白喉、破伤风和百日咳)					
青少年增强剂 (勾选适用的框) <input type="checkbox"/> 百日咳混合疫苗 <input type="checkbox"/> 白喉、破伤风二联疫苗					
小儿麻痹症					
乙型肝炎					
MMR (麻疹、腮腺炎、风疹)					
水痘疫苗 仅当您的孩子未曾出过水痘的情况下, 才需要接种水痘疫苗。查看以下内容:					
您的孩子是否出过水痘? 勾选适用的框, 并提供年份 (如果知道): <input type="checkbox"/> 是 _____ 年份 (无需接种疫苗) <input type="checkbox"/> 否或不确定 (需要接种疫苗)			您的孩子是否进行过血液测试 (抗体滴度), 显示对以下任何一种疾病免疫 (曾患过该疾病或接种过疫苗)? (勾选所有适用项) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 腮腺炎 <input type="checkbox"/> 风疹 <input type="checkbox"/> 乙型肝炎 如果是, 请提供实验室报告		

第 3 步 要求

请参阅当前学年的年龄/年级要求, 以确定该学生是否满足要求。

第 4 步 合规数据

学生满足所有要求
在第 5 步签名并将本表格交还至学校。
_____ 或者 _____

学生不满足所有要求
在下方勾选适用的框, 在第 5 步签名, 并将本表格交还至学校。请注意, 如果爆发上述某种疾病, 未完全免疫的学生可能会不允许入校。

尽管我的孩子 **尚未** 接种完要求的 **所有** 疫苗针次, 但已经接种第一针。我了解必须在今年入学后 90 个教学日内接种第二针, 且在明年入校 30 个教学日内接种第三针和第四针。我还了解在我的孩子每次接种必需的疫苗针次后, 我有责任向学校提供书面通知。

注意: 未能按计划接种疫苗可能导致无法入校、法院诉讼和/或罚没收入。

您的孩子收到 任何疫苗接种豁免书 (上述第 2 步中所列) 的日期

出于健康原因, 该学生不得接种以下疫苗 _____

_____ 签名 - 医生 _____ 签署日期

出于宗教原因, 我选择不为该学生接种以下疫苗 (勾选所有适用项)
 DTaP/DTP/DT/Td 百日咳混合疫苗, 小儿麻痹症 乙型肝炎 MMR (麻疹、腮腺炎、风疹) 水痘

出于个人信仰原因, 我选择不为该学生接种以下疫苗 (勾选所有适用项)
 DTaP/DTP/DT/Td 百日咳混合疫苗 小儿麻痹症 乙型肝炎 MMR (麻疹、腮腺炎、风疹) 水痘

第 5 步 签名

我已尽可能完整准确地填写本表格。勾选一项: (我愿意 我不愿意) 授权与 Wisconsin Immunization Registry (威斯康星州免疫登记处) (WIR) 分享我孩子的目前疫苗接种记录以及未来更新。我了解我可以通过向学校发送书面通知, 随时撤销此同意书。在撤销日期后, 学区将不再向 WIR 提供新记录或更新。

_____ 签名 - 家长/监护人/法定监护人或成人学生 _____ 签署日期