

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在入学后 30 天内出具针对某些疾病的疫苗接种书面证明。关于学生目前的年龄/年级的具体要求可从学校和当地卫生部门取得。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方面有任何疑问，请联系您孩子的学校或当地卫生部门。

第 1 步 个人资料 请用正楷填写

学生姓名	出生日期 (月/日/年)	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)		电话号码	

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**。如果您没有您孩子的疫苗接种记录，请联系您的医生或公共卫生部门取得。您也可以访问 Wisconsin Immunization Registry (Wisconsin 州疫苗接种登记处) : <https://www.dhfswir.org/PR/clientSearch.do?language=en>

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、百日咳)					
青少年加强剂 (勾选适用的框) ☐ 百日咳混合疫苗 ☐ 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					
脑膜炎球菌疫苗 (血清组 ACWY)					
有水痘病史的学生不需要接种水痘疫苗。需提供医师、医师助理或高级处方护士的签名。 ☐ 我证明这名学生有水痘病史， 签名 – 医疗服务提供方 签署日期			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)？请勾选所有适用项。 ☐ 水痘 ☐ 麻疹 ☐ 腮腺炎 ☐ 风疹 ☐ 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被不允许入校。**

☐ 尽管我的孩子**尚未接种所有要求的疫苗剂次**，但已经接种了**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剂次后，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/或没收处罚。

豁免 (请在上述第 2 步中列出您的孩子接种任何疫苗的日期)

☐ **出于健康原因**该学生不得接种以下疫苗 _____

签名 – 医师 签署日期

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

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

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（Wisconsin 州疫苗接种登记处，WIR）分享我孩子目前的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