

학교 이름 _____

자녀가 독감 예방 접종을 받는 것을 원하지 않는 경우, 양식을 작성하거나 반환하지 마십시오.

섹션 1: 인플루엔자 백신을 접종할 학생에 대한 정보(정자체로 작성해 주십시오)

학생 이름	중간 이름 이니셜	(성)	호칭(학교에서 사용하는 학생 이름)	
생년월일(월/일/년)	연령	성별(체크 표시해 주십시오) <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	담당 교사	학년
민족(체크 표시해 주십시오) 히스패닉/라티노 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	인종(체크 표시해 주십시오): <input type="checkbox"/> 아프리카계 미국인/흑인 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라티노 <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 <input type="checkbox"/> 아시아인 <input type="checkbox"/> 알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민 <input type="checkbox"/> 기타		부모/법적 보호자 이름	
자택 주소			부모/보호자 전화번호	
시	주	우편번호	*아래에 보험 플랜 정보를 기재해 주십시오.	
보험 정보: 자녀가 백신 접종을 보장하는 보험에 가입되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"라고 답한 경우, 아래에서 건강 보험 제공자를 선택하고 오른쪽에 정보를 기재해 주십시오.*			보험 계약자 이름/신분증에 기재된 이름:	
<input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Medicaid/PeachCare/Amerigroup/Peachstate/CareSource <input type="checkbox"/> Ambetter <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Anthem BCBS <input type="checkbox"/> UMR <input type="checkbox"/> 보험 없음 <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> TRICARE Standard 전용 <input type="checkbox"/> CareSource Marketplace 기타			가입자 ID 번호:	
			그룹 번호/보험 유형(HMO, PPO, CMO):	
본 양식에 보험증 사본을 첨부해 주십시오.				

섹션 2: 의료 정보: 다음 질문은 이 학생이 독감 예방 접종을 받을 수 있는지 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다.

*모든 질문에 '예' 또는 '아니요'로 체크 표시해 주십시오.

1. 학생이 최근 4주 이내에 백신을 접종받았습니까? "예"라고 답한 경우, 기재해 주십시오.	예	아니요
2. 학생이 마지막으로 독감 예방 접종을 받은 시기는 언제입니까? 날짜 또는 연도		
3. 학생이 계란에 심각한 알레르기 반응을 보인 적이 있습니까?	예	아니요
4. 학생이 인플루엔자(독감) 백신에 심각한 반응을 보인 적이 있습니까?	예	아니요
5. 자녀가 천식이나 천명 질환 때문에 흡입기를 사용하거나 호흡 치료를 받고 있습니까?	예	아니요
6. 학생이 장기 아스피린 또는 아스피린 함유 요법을 받고 있습니까?(예: 학생이 매일 아스피린을 복용합니까?)	예	아니요
7. 학생에게 심각하거나 만성적인(장기적인) 건강 문제가 있습니까?(예: 당뇨병, 겸상 적혈구병, 심장 질환, 폐 질환, 발작 장애, 뇌성마비, 근육 또는 신경 장애, 소아 관절염)	예	아니요
8. 학생의 면역 체계가 약합니까? (예: 인간면역결핍바이러스(Human Immunodeficiency Virus, HIV), 암, 스테로이드나 암 치료에 사용되는 약물 복용)	예	아니요
9. 학생이 길랭-바레 증후군(Guillain Barre Syndrome, GBS)을 앓은 적이 있습니까?	예	아니요
10. 청소년 여성만 해당: 학생이 임신 중입니까?	예	아니요
11. 백신 접종을 받을 사람이 독감 항바이러스 약물을 복용하고 있습니까?	예	아니요

섹션 3: 백신 접종 동의

본 동의서를 완전히 작성하고, 서명하고, 날짜를 기입하여 제출하지 않을 경우, 학생은 학교에서 백신을 접종받을 수 없습니다.

학생의 인플루엔자 백신 접종 동의

본인은 아래에 서명함으로써 위에 제공된 학생 및 의료 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 인플루엔자 백신에 대한 예방 접종 안내문(VACCINE INFORMATION STATEMENT, VIS) 사본 또는 인플루엔자 백신에 대한 VIS를 확인할 수 있는 QR 코드를 제공받았습니다. 본인은 질문을 할 기회를 가졌고, 만족스러운 답변을 받았습니다. 본인은 본인이 대리할 권한을 부여받은 학생에게 접종할 독감 백신의 이점과 위험을 이해합니다. 본인은 본 프로그램을 통한 인플루엔자 백신 접종은 전적으로 자발적으로 이루어짐을 이해합니다. 본인은 자녀가 올해 이미 다른 기관에서 독감 예방 접종을 받은 경우, 학교 기반 독감 예방 접종 클리닉 행사의 근무일 기준 최소 3일 전에 학교와 참여 보건소에 알려야 할 책임이 본인에게 있음을 이해합니다. 본인은 아래에 서명함으로써 위에 기재된 학생이 독감 예방 접종을 받는 것을 허락합니다.

부모/법적 보호자 서명: _____ 날짜: _____

FOR CLINIC USE ONLY

Inactivated Influenza Vaccine 2025-26 Administration Route: <input type="checkbox"/> IM / LEFT Deltoid <input type="checkbox"/> IM / RIGHT Deltoid Vaccine Code: _____ Lot # _____ Exp Date: _____ Vaccine Administration Date _____	Intranasal Influenza Vaccine 2025-26 Administration Route: <input type="checkbox"/> Intranasal Vaccine Code: _____ Lot # _____ Exp Date: _____ Vaccine Administration Date: _____	 영어 인플루엔자(독감) 백신 백신 정보 설명
Nurse Signature: _____ Date: _____ Entry Clerk Initial: _____ Date: _____		