

姓名 (请用正楷书写)	出生日期	性别	居住国
地址	城市	州	邮政编码
电话	对于未满 19 岁的人, 请填写母亲的娘家姓		
联邦医疗保险 (Medicare) 索赔号	医生姓名		
健康保险提供商	医生地址		
保单号码	接种疫苗的诊所/诊室地点	NYSIIS 许可 19 岁及以上 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	

请您自己或接种疫苗的人回答下列问题。

- 否 是 您目前是否生病发烧?
- 否 是 您是否对流感或肺炎疫苗的任何成分 (或部分) 有过危及生命的过敏反应?
如果是, 请描述: _____
- 否 是 接种流感疫苗后的 6 周内, 您是否有出现格林巴利综合征 (Guillain-Barre Syndrome) ?
- 否 是 您曾打过肺炎疫苗吗?
- 否 是 您是否吸烟, 或患有哮喘、心脏病或肺病等慢性疾病?
如果是, 请描述: _____
- 否 是 您对鸡蛋或蛋制品是否有过危及生命的严重过敏反应?
- 否 是 您目前是否怀孕了?
- 否 是 您有哮喘或气喘病史吗?
- 否 是 您是否是正在长期接受阿司匹林治疗的儿童或青少年?
- 否 是 您的免疫系统是否较弱, 或者您是否与需要特别护理的免疫系统极度虚弱的人有过密切接触?
- 否 是 过去 4 周内, 您是否接种过其他疫苗?
- 否 是 过去 48 小时内, 您是否服用过流感抗病毒药物?

流感免疫接种同意书

我已阅读或有人已向我解释过有关接种**流感疫苗**的疫苗信息声明 (Vaccine Information Statement, VIS)。我有机会提出问题, 得到了令我满意的回答, 并且我了解所描述的疫苗接种的益处和风险。我请求为我 (或我有权代表其提出此请求的上述人员) 接种**流感疫苗**。我授权发布处理联邦医疗保险或其他保险索赔或出于其他公共卫生目的所需的任何医疗或其他信息。我收到了《患者权利法案》(Patient Bill of Rights) 的副本。

收件人签名 (父母或监护人) _____ 日期 _____

肺炎球菌免疫接种同意书

我已阅读或有人已向我解释过有关接种**肺炎球菌疫苗**的疫苗信息声明 (Vaccine Information Statement, VIS)。我有机会提出问题, 得到了令我满意的回答, 并且我了解所描述的疫苗接种的益处和风险。我请求为我 (或我有权代表其提出此请求的上述人员) 接种**肺炎球菌疫苗**。我授权发布处理联邦医疗保险或其他保险索赔或出于其他公共卫生目的所需的任何医疗或其他信息。我收到了《患者权利法案》(Patient Bill of Rights) 的副本。

收件人签名 (父母或监护人) _____ 日期 _____

以下部分由护士完成填写

流感疫苗

施打日期 _____

施打部位 左臂 右臂 鼻腔
 左大腿 右大腿

剂量 0.5 ml 0.25 ml 减活流感疫苗 (LAIV)

制造商和批号 _____

VIS 日期 _____

护士签名 _____

下一次免疫接种到期: 明年 4 周内 其他 _____

肺炎球菌病疫苗

施打日期 _____

施打部位 左臂 右臂
 左大腿 右大腿

制造商和批号 _____

VIS 日期 _____

护士签名 _____

下一次免疫接种到期: 不需要 其他 _____