

团体家庭日托机构免疫接种调查

团体家庭日托机构 ID 编号 _____

团体家庭日托机构名称: _____

团体家庭日托机构地址: _____

如果上面预先打印的信息不正确, 请在此打印正确的名称和/或地址:

此机构是否已关闭 (永久或暂时)? _____

到期日期: 5月5日

根据《纽约州公共卫生法》(New York State Public Health Law) 第 2164 节的要求, 您需要填写完成此表格。完成调查的说明位于调查包中。

不满 1 岁的儿童

- 1 儿童总数
- 2 没有免疫接种记录的儿童
- 3 医疗豁免
- 4 宗教豁免
- 5 白喉、破伤风和百日咳 (DTaP)
- 6 脊髓灰质炎
- 7 b 型流感嗜血杆菌
- 8 乙型肝炎
- 9 肺炎球菌
- 10 已完成全部免疫接种
- 11 正在接种中

1 岁及以上儿童

- 1 儿童总数
- 2 没有免疫接种记录的儿童
- 3 医疗豁免
- 4 宗教豁免
- 5 白喉、破伤风和百日咳 (DTaP)
- 6 脊髓灰质炎
- 7 麻疹、腮腺炎和风疹 (MMR)
- 8 b 型流感嗜血杆菌
- 9 乙型肝炎
- 10 水痘
- 11 肺炎球菌
- 12 已完成全部免疫接种
- 13 正在接种中

该机构联系人: _____ 家庭电话或手机号码: _____

电子邮件地址: _____ 传真: _____

本人特此证明, 尽我所知, 此处所提供的数据均完整且准确。

机构所有者或管理者姓名: _____

所有者或管理者签名: _____ 日期: _____