



# 免疫注射状况证书 (CIS)

**Office Use Only:**  
 Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Signed Cert. of Exemption on file?  Yes  No

请用大写字母填写。请阅读背面的填写说明，或者从“免疫注射登记表”打印。

<b>儿童姓:</b>	<b>名:</b>	<b>中间名首字母:</b>	<b>出生日期 (月/日/年):</b>	<b>性别:</b>	<b>我证明, 本表中提供的信息准确, 且可验证。</b>
以下使用的符号: ◆ 学校及托儿所/幼儿园要求 ● 仅托儿所/幼儿园要求				<b>父母/监护人姓名 (请用大写字母填写):</b>	

疫苗	剂	日期		
		月	日	年
<b>◆ 乙型肝炎 (Hep B)</b>				
	1			
	2			
	3			
<b>或乙型肝炎 (Hep B) – 青少年两剂替代日程表</b>				
	1			
	2			
<b>轮状病毒 (RV1、RV5)</b>				
	1			
	2			
	3			
<b>◆ 白喉、破伤风、百日咳 (DTaP、DTP、DT)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
<b>◆ 破伤风、白喉、百日咳 (Tdap、Td)</b>				
	1			
	2			
<b>● b 型流感嗜血杆菌 (Hib)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			
<b>● 肺炎球菌 (PCV、PPSV)</b>				
	1			
	2			
	3			
	4			

疫苗	剂	日期			
		月	日	年	
<b>◆ 脊髓灰质炎 (IPV、OPV)</b>					
	1				
	2				
	3				
	4				
<b>流感 (最近一次)</b>					
<b>◆ 麻疹、腮腺炎、风疹 (MMR)</b>					
	1				
	2				
<b>◆ 水痘 或证明曾患疾病 1-4 ▶</b>					
	1				
	2				
<b>甲型肝炎 (Hep A)</b>					
	1				
	2				
<b>脑膜炎球菌 (MCV、MPSV)</b>					
	1				
<b>人类乳头状瘤病毒 (HPV)</b>					
	1				
	2				
	3				
<b>Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission:</b>					
<b>Printed Staff Name</b>	<b>Date</b>	<b>Printed Staff Name</b>	<b>Date</b>		
_____	_____	_____	_____		
<b>Printed Staff Name</b>	<b>Date</b>	<b>Printed Staff Name</b>	<b>Date</b>		
_____	_____	_____	_____		

如果本 CIS 中所列姓名的儿童曾患水痘 (并且没有注射疫苗), 则必须核实病史。  
 请标选 1、2、3 选项, 或者标选以下选项 4 – 请参阅背面第 5 项。

1)  水痘病史通过“儿童状况免疫注射登记表”打印文件证实  
 必须通过打印文件标记 (不得用手写标记) 才有效。

2)  水痘病史经健康护理服务提供者 (HCP) 证明  
 如果您选择本方框, 请标选以下 2A 或 2B 选项。  
 2A)  随附 HCP 的签名证明 或  
 2B)  HCP 在下方签名, 并用大写字母填写姓名:  
 \_\_\_\_\_  
 持照健康护理服务提供者 (HCP) 签名 日期  
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)  
 HCP 姓名 (用大写字母填写): \_\_\_\_\_

3)  水痘病史经由学校工作人员根据“儿童状况免疫注射登记表”证明  
 如果您选择本方框, 工作人员必须在此填写姓名首字母, 说明已获得父母或监护人批准:  
 \_\_\_\_\_ (姓名首字母) \_\_\_\_\_ (日期)

4)  水痘病史由父母证实\*  
 如果您选择本方框, 请填写儿童患病日期或患病时儿童的年龄:  
 患病时的年龄/日期: \_\_\_\_\_  
 \*仅限为某些年级的学生证明, 请参阅背面第 5 (4) 项。

如果儿童可以通过血液测试 (滴定量) 显示具有免疫力, 但没有注射疫苗, 请让您的 HCP 填写本方框。  
**疾病免疫力证明**

我证明, 本 CIS 中所列姓名的儿童对标选的疾病具有免疫力化验证据 (滴定量)。  
 还必须随附签名的化验报告。

- |                                    |                                |                                       |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白喉        | <input type="checkbox"/> 腮腺炎   | <input type="checkbox"/> 其他:<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 甲型肝炎      | <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 |                                       |
| <input type="checkbox"/> 乙型肝炎      | <input type="checkbox"/> 风疹    |                                       |
| <input type="checkbox"/> b 型流感嗜血杆菌 | <input type="checkbox"/> 破伤风   |                                       |
| <input type="checkbox"/> 麻疹        | <input type="checkbox"/> 水痘    |                                       |
|                                    |                                |                                       |

持照健康护理服务提供者 (HCP) 签名 日期  
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)  
 HCP 姓名 (用大写字母填写): \_\_\_\_\_

填写免疫注射状况证明（CIS）说明：从“免疫注射登记表”打印或用手写方式填写。

**#1 如需打印填写的信息：**首先，询问您的健康护理服务提供者办公室是否已经将免疫史资料输入“儿童状况免疫注射登记表”（华盛顿州的全州数据库）中。如果已经输入，请他们从“儿童状况免疫注射登记表”打印 CIS，您的孩子的信息会自动填写。

**请务必核实所有的信息，在 CIS 的右上方方框中签名和填写日期，并将表格交给学校或托儿所。如果您的服务提供者办公室不使用儿童状况登记表，请索取一份您的孩子的免疫记录，以便在步骤 2-7（下方）中用手写方式填写：**

举例

**#2 如需用手写方式填写：**在最上方的方框中用大写字母填写您的孩子的姓名、出生日期、性别以及您自己的姓名。

**#3** 在正确的疾病下方填写您的孩子注射的每种疫苗。在“疫苗”栏目下方填写疫苗类型，并在“月”、“日”和“年”栏目下方填写每剂疫苗的注射日期（使用 mm/dd/yyyy 的格式）。例如，如果在 1 月 12 日、3 月 20 日、6 月 1 日注射白喉、破伤风和百日咳（DtaP）疫苗，则按照此处显示的方法填写 ▶

**#4** 如果您的孩子注射了综合疫苗（一针疫苗预防几种疾病），请按照下方的参考指南正确地记录每种疫苗。例如，在“白喉、破伤风、百日咳”下方将联合疫苗记录为 **DTaP**，将乙型肝炎记录为 **Hep B**，将脊髓灰质炎记录为 **IPV**。

**#5** 如果您的孩子曾患水痘，且没有注射疫苗，请使用以下一种方法在 CIS 中记录：

- 1)  如果您的孩子的 CIS 是从“儿童状况免疫注射登记表”中（由您的健康护理服务提供者或学校系统）打印，并提供疾病证明，方框 1 会自动标记。该方框必须通过“免疫注射登记表”标记（不得用手写方式填写），才有效。
- 2)  如果您的健康护理服务提供者（HCP）能够证明您的孩子曾患过水痘，标记方框 2。然后标记 2A，随附一份 HCP 的签名证明，或者如果您的 HCP 在空白处签名和填写日期，则标记 2B。请核实您的 HCP 用大写字母填写全名。
- 3)  如果学校工作人员查阅“儿童状况免疫注射登记表”，看到您的孩子曾患过水痘的证明，他们会标记方框 3。然后，他们必须签署姓名首字母和填写日期，说明已经获得父母或监护人许可在 CIS 中标记该方框（即作出此项变更）。
- 4)  如果您的孩子在 2008-2009 学年或之后开始上学前班，您**不能**填写本方框。如果您的孩子在 2008-2009 学年之前开始上学前班，并且您了解您的孩子曾患过水痘，则标记本方框。如果您标记方框 4，您还必须填写您的孩子患水痘的大约年龄或日期。如需了解哪些年级要求注射水痘疫苗（或水痘病史），请访问网站：<http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>

**#6 疾病免疫力证明：**如果您的孩子能够通过血液测试（滴定率）显示已经具有免疫力，但没有注射疫苗，请您的健康护理服务提供者（HCP）填写本方框。请您的 HCP 标记疾病、签名、填写日期，并在空格处用大写字母填写姓名，同时**随附签名的化验报告。**

**#7** 请务必在 CIS 的右上方方框中**签名和填写日期**，并将表格送回学校或托儿所。

**#8** 如果学校或托儿所对您的 CIS 作出变更，工作人员须在中下方的方框中用大写字母填写自己的姓名和日期，显示已经获得您的许可。

疫苗	剂	日期		
		月	日	年
◆ 白喉、破伤风、百日咳（DtaP、DTP、DT）				
DTaP	1	01	12	2011
DTaP	2	03	20	2011
DTaP	3	06	01	2011

# 参考指南

参  
考  
指  
南

疫苗商品名称 (按字母顺序排列) (如需查阅最新列表, 请访问网站 <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )									
商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗	商品名称	疫苗
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hep B	Ipol	IPV	Pentavalente	DTaP + Hep B + Hib	TriHIBit	DTaP + Hib
Adacel	Tdap	Fluarix	Flu (TIV)	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV or PPV23	Tripedia	DTaP
Afluria	Flu (TIV)	FluLaval	Flu (TIV)	Kinrix (Knrx)	DTaP + IPV	Prevnar	PCV or PCV7 or PCV13	Twinrix (Twnrx)	Hep A + Hep B
Boostrix	Tdap	FluMist	Flu (LAIV)	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad (PrQd)	MMR + Varicella	Vaqa	Hep A
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Flu (TIV)	Menomune	MPSV or MPSV4	Quadracel (Qdrel)	DTaP + IPV	Varivax	Varicella
Comvax (Cmvx)	Hep B + Hib	Fluzone	Flu (TIV)	Pediarix (Pdrx)	DTaP + Hep B + IPV	Recombivax HB	Hep B		
Daptacel	DTaP	Gardasil	HPV4	PedvaxHIB	Hib	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Decavac	Td	Havrix	Hep A	Pentacel (Pntcl)	DTaP + Hib + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		

疫苗缩写 (按字母顺序排列) (如需查阅最新列表, 请访问网站 <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )							
缩写	疫苗全名	缩写	疫苗全名	缩写	疫苗全名	缩写	疫苗全名
DT	白喉、破伤风	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	甲型肝炎 乙型肝炎	MPSV 或 MPSV4	脑膜炎球菌多糖疫苗	Rota (RV1 或 RV5)	轮状病毒
DTaP	白喉、破伤风、无细胞百日咳	Hib	b 型流感嗜血杆菌	MMR / MMRV	麻疹、腮腺炎、风疹/水痘	Td	破伤风、白喉
DTP	白喉、破伤风、百日咳	HPV	人类乳头状瘤病毒	OPV	口服脊髓灰质炎病毒疫苗	Tdap	破伤风、白喉、无细胞性百日咳
Flu (TIV 或 LAIV)	流行性感冒	IPV	灭活脊髓灰质炎病毒	PCV 或 PCV7 或 PCV13	肺炎球菌结合疫苗	TIG	破伤风免疫球蛋白
HBIG	乙型肝炎免疫球蛋白	MCV 或 MCV4	脑膜炎球菌结合疫苗	PPSV 或 PPV23	肺炎球菌多糖疫苗	VAR 或 VZV	水痘

如果您有残障, 需要用其他格式提供本文件, 请电洽 1-800-525-0127 (TDD/TTY 1-800-833-6388)。

Chinese

DOH 348-013 January 2010