



예방접종 상태 증명서 (CIS)

Office Use Only:

Reviewed by: _____ Date: _____

Signed Cert. of Exemption on file? Yes No

인쇄체로 쓰십시오. 본 서식의 작성 요령을 원하시면 뒷면을 참조하시거나 예방접종 등록부에서 발체하여 인쇄하십시오.

아동의 성: _____ 이름: _____ 중간이름: _____ 생일 (월월/일일/년년년년): _____ 성별: _____

본인은 본 증명서에 기재된 정보가 정확하고 확인할 수 있는 것임을 증명합니다.

아래의 기호: 학교 및 보육원/유치원에 필요한 항목 보육원/유치원에만 필요한 항목

부모/보호자 성명 (인쇄체로 쓰십시오): _____

부모/보호자 서명 (필수) _____ 날짜 _____

백신	투여 회수	날짜		
		월	일	년
◆ B 형 간염 (Hep B)				
	1			
	2			
	3			
또는 Hep B - 2 회 투여 10 대를 위한 대체 계획표				
	1			
	2			
로타바이러스 (RV1, RV5)				
	1			
	2			
	3			
◆ 디프테리아, 파상풍, 백일해 (DTaP, DTP, DT)				
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
◆ 파상풍, 디프테리아, 백일해 (Tdap, Td)				
	1			
	2			
● B 형 인플루엔자 호혈균 (Hib)				
	1			
	2			
	3			
	4			
● 폐렴알균 (PCV, PPSV)				
	1			
	2			
	3			
	4			

백신	투여 회수	날짜		
		월	일	년
◆ 소아마비 (IPV, OPV)				
	1			
	2			
	3			
	4			
인플루엔자 (독감, 가장 최근)				
◆ 홍역, 이하선염, 풍진 (MMR)				
	1			
	2			
◆ 수두 (작은마마) 또는 질병 1-4 확인 ▶				
	1			
	2			
A 형 간염 (Hep A)				
	1			
	2			
수막알균 (MCV, MPSV)				
	1			
인체 유두종바이러스 (HPV)				
	1			
	2			
	3			
Office Use Only: Immunization information updated and verified with parent/guardian permission:				
Printed Staff Name _____ Date _____		Printed Staff Name _____ Date _____		
Printed Staff Name _____ Date _____		Printed Staff Name _____ Date _____		

본 증명서에 기재된 아동이 수두를 앓았고 (백신을 맞은 적이 없는) 경우, 병력을 확인하여야 합니다. 아래에서 옵션 1, 2, 3 또는 4 에 표시하십시오 - 뒷면 #5 를 참조하십시오.

1) 아동 예방접종 등록부(CHILD Profile Immunization Registry) 에서 발체한 인쇄물에 근거하여 확인한 수두 (근거가 확실하려면 (자필이 아닌) 인쇄물에 근거하여 표시하여야 합니다.)

2) 의료서비스 제공자가 확인한 수두 병 이 칸을 선택하는 경우, 아래에서 2A 또는 2B 에 표시하십시오.
 2A) 의료서비스 제공자가 서명한 메모 첨부 또는
 2B) HCP 의료서비스 제공자가 여기에 서명하고 아래에 인쇄체로 성명을 기재:

자격증을 갖춘 의료서비스 제공자 서명 _____ 날짜 _____
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)

의료서비스 제공자 성명 (인쇄체): _____

3) 학교 직원이 아동 예방접종 등록부에서 확인한 수두병 이 칸을 선택하는 경우, 직원은 머리글자로 서명하고 부모 또는 보호자가 승인하는 날짜를 기재하여야 합니다:
 _____ (머리글자) _____ (날짜)

4) 부모가 확인한 수두병* 이 칸을 선택하는 경우, 아동이 병에 걸렸을 때의 날짜 또는 아동의 연령을 기입하십시오:
 발병 연령/날짜: _____

*일부 학년의 경우에만 확인할 수 있습니다. 뒷면의 #5 (4)항을 참조하십시오.

아동이 혈액 검사(역가)에 의하여 면역이 있다는 것을 입증할 수 있고 백신을 맞은 적이 없는 경우, 의료서비스 제공자에게 이 칸을 기입하여 달라고 요청하십시오.

질병 면역의 증서 교부

본인은 본 증명서에 기명된 아동이 표시된 질병에 대한 면역(역가)이 있다는 것에 대하여 검사실 증거가 있음을 증명합니다. 서명된 검사실 보고서(들)도 첨부되어야 합니다.

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 디프테리아 | <input type="checkbox"/> 볼거리 | <input type="checkbox"/> 기타: _____ |
| <input type="checkbox"/> A 형 간염 | <input type="checkbox"/> 소아마비 | _____ |
| <input type="checkbox"/> B 형 간염 | <input type="checkbox"/> 풍진 | _____ |
| <input type="checkbox"/> B 형 인플루엔자호혈균 | <input type="checkbox"/> 파상풍 | _____ |
| <input type="checkbox"/> 홍역 | <input type="checkbox"/> 수두 | _____ |

자격증을 갖춘 의료서비스 제공자 서명 _____ 날짜 _____
 (MD, DO, ND, PA, ARNP)

의료서비스 제공자 성명 (인쇄체): _____

예방접종 상태 증명서 작성 요령: 예방접종 등록부에서 발체하여 인쇄 또는 자필로 기입.

#1 정보를 기입하여 인쇄하려면: 먼저, 의료서비스 제공자가 예방접종 이력을 아동 예방접종 등록부(워싱턴주 전역의 데이터베이스)에 입력하는지의 여부를 문의하십시오. 입력하는 경우, 의료서비스 제공자에게 아동 예방접종 등록부에서 예방접종 상태 증명서를 발체하여 인쇄하여 달라고 요청하시면 귀하의 자녀의 정보는 자동적으로 기입됩니다.

반드시 모든 정보를 검토하시고, 우측 상단 칸에 **예방접종 상태 증명서에 서명 및 날짜를 기입하고**, 그 증명서를 학교 또는 보육원에 제출하십시오. 의료서비스 제공자가 아동 예방접종 등록부를 이용하지 않는 경우, 아동의 예방접종 기록의 사본을 요청하시면 (아래에 나온) 단계 **#2-7** 를 사용하여 자필로 자녀의 정보를 기재할 수 있습니다:

예

#2 자필로 기입하려면: 상단 칸에 귀하의 자녀의 성명, 생일, 성별 및 귀하 자신의 성명을 인쇄체로 기재하십시오.

#3 정확한 병명란 밑에 귀하의 자녀가 맞았던 각각의 백신을 기재하십시오. “백신” 난 밑에 백신 종류를 기재하시고 “월”, “일”, 및 “년” 난에 백신을 각각 맞았던 날짜를 기재하십시오(월월/일일/년년년년의 형식으로). 예를 들면, DtaP 를 1월 12일, 3월 20일, 6월 1일에 맞았다면, 여기에 나타난 바와 같이 기입하십시오. ▶

#4 귀하의 자녀가 혼합 백신을 맞는 경우 (한번의 주사로 여러 질병에 대하여 보호하는 백신), 아래에 나와 있는 참조 지침을 사용하여 각 백신을 정확하게 기록하십시오. 예를 들면, 페디아릭스를 디프테리아, 파상풍, 백일해 병명란 밑에서는 **DTaP** 로, B 형 간염 병명란 밑에서는 **Hep B** 로, 소아마비 병명란 밑에서는 **IPV** 로 기록하십시오.

#5 귀하의 자녀가 작은마마 (수두) 병을 앓았고 백신을 맞은 적이 없는 경우, 다음의 4 가지 옵션 중 한 가지만을 사용하여 예방접종 상태 증명서에 기록하십시오:

- 1) 귀하의 자녀의 예방접종 상태 증명서를 아동 예방접종 등록부에서 직접 발체하여 인쇄하고 (의료서비스 제공자 또는 학교 시스템에 의하여), 질병 확인이 있는 경우, 1번 칸에 자동적으로 표시됩니다. 이 증명서가 유효하려면, 이 칸은 면역 등록부 출력 시스템에 의하여 (자필이 아님) 표시되어야 합니다.
- 2) 의료서비스 제공자가 귀하의 자녀가 수두를 앓은 적이 있음을 확인할 수 있는 경우, 2번 칸에 표시하십시오. 그런 다음, 의료서비스 제공자가 서명한 메모를 첨부하는 경우 **2A** 에 또는 의료서비스 제공자가 구비된 칸에 서명과 날짜를 기입한 경우 **2B** 에 표시하십시오. 의료서비스 제공자의 성명도 반드시 인쇄체로 기재하십시오.
- 3) 학교 직원이 아동 예방접종 등록부에 접속하여 귀하의 자녀가 수두를 앓았던 적이 있다는 확인을 열람한 경우, 그 직원은 3번 칸에 표시합니다. 그런 다음, 그 직원은 머리글자로 서명하고 그 직원이 예방접종 상태 증명서에서 이 칸을 표시하기 위하여 (예를 들면, 이러한 변경 내용을 기재하기 위하여) 부모 또는 보호자의 승인을 받은 날짜를 기재하여야 합니다.
- 4) 귀하의 자녀가 2008-2009 학년 이후에 유치원에 다니기 시작한 경우, 귀하는 이 칸을 **사용할 수 없습니다**. 귀하의 자녀가 08-09 학년 이전에 유치원에 다니기 시작한 경우, 귀하의 자녀가 수두를 앓은 적이 있다는 것을 알고 있으면 이 칸에 표시하십시오. 귀하가 4번 칸에 표시한 경우, 귀하는 귀하의 자녀가 수두를 앓았던 대략의 연령 또는 날짜도 기재하여야 합니다. 어느 학년에서 수두 백신을 맞아야 하는지를 (또는 이력이 있어야 하는지를) 알아보려면, 다음 웹사이트를 방문하십시오: <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/schools/vaccine.htm>

#6 질병 면역 증서 교부: 귀하의 자녀가 혈액 검사(역가)에 의하여 면역이 있다는 것을 입증할 수 있고 백신을 맞은 적이 없는 경우, 의료서비스 제공자로 하여금 이 칸을 기입하게 하십시오. 의료서비스 제공자에게 구비된 칸에 병명을 표시하고, 서명, 날짜를 기입하고, 의료서비스 제공자의 성명을 인쇄체로 기재하고, **서명된 검사실 보고서를 첨부하여** 달라고 요청하십시오.

#7 반드시 예방접종 상태 증명서 상단 우측 칸에 서명 및 날짜를 기재하시고, 학교 또는 보육원으로 증명서를 제출하십시오.

#8 학교 또는 보육원에서 귀하의 예방접종 상태 증명서를 변경하는 경우, 학교 직원은 당신이 승인을 하였다라는 것을 입증하기 위하여 중간 바닥 칸에 자신의 성명을 인쇄체로 기재하고 날짜를 기입합니다.

백신	투여 회수	날짜		
		월	일	년
◆ 디프테리아, 파상풍, 백일해 (DTaP, DTP, DT)				
DTaP	1	01	12	2011
DTaP	2	03	20	2011
DTaP	3	06	01	2011

참조 지침

참조 지침

백신 상품명 (알파벳순) (최신 목록을 원하면, 다음 웹사이트를 방문하십시오: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)									
상품명	백신	상품명	백신	상품명	백신	상품명	백신	상품명	백신
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	Vaqta	Hep A
Cervarix	HPV2	Fluvirin	Flu (TIV)	Menomune	MPSV or MPSV4	Quadracel (Qdrcel)	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)		

백신 약어 (알파벳순) (최신 목록을 원하면, 다음 웹사이트를 방문하십시오: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf)							
약어	백신명	약어	백신명	약어	백신명	약어	백신명
DT	디프테리아, 파상풍	Hep A (HAV) Hep B (HBV)	A 형 간염 B 형 간염	MPSV or MPSV4	수막알균 다당류 백신	Rota (RV1 or RV5)	로타바이러스
DTaP	디프테리아, 파상풍, 무세포성 백일해	Hib	<i>b</i> 형 인플루엔자 호혈균	MMR / MMRV	홍역, 이하선염, 풍진/ 홍역, 이하선염, 풍진, 수두	Td	파상풍, 디프테리아
DTP	디프테리아, 파상풍, 백일해	HPV	인체유두종 바이러스	OPV	구강 소아마비 바이러스 백신	Tdap	파상풍, 디프테리아, 무세포성 백일해
Flu (TIV or LAIV)	인플루엔자	IPV	비활성 소아마비 바이러스 백신	PCV or PCV7 or PCV13	폐렴알균 결합 백신	TIG	파상풍 면역 글로불린
HBIG	B 형 간염 면역 글로불린	MCV or MCV4	수막알균 결합 백신	PPSV or PPV23	폐렴알균 다당류 백신	VAR or VZV	수두

귀하가 장애가 있어 이 문서를 다른 형태로 필요한 경우, 1-800-525-0127 번(TDD/TTY 1-800-833-6388)으로 전화하여 요청하십시오.

Korean

DOH 348-013 January 2010