



오레곤 주 예방 접종 확인서

사회 복지부 예방 접종 프로그램

Oregon Certificate of Immunization Status

법에 의거하여 어린이가 학교, 보육원, 가정 탁아소 등에 입학, 말기기 전에 예방 접종 기록을 제출하거나, 종교 혹은 의료에 근거한 면제 확인을 받아야 합니다. 이 양식의 정보는 오레곤주 사회 복지부 산하 예방접종 프로그램을 대신하여 수집하는 것이며, 사회 복지부의 요청에 의해 학교 혹은 아동 보호 시설에 의해 사회 복지부 혹은 지역사회 보건 담당관에게 공유될 수 있습니다. 예방 접종 기록은 필히 접종 연도와 달을 명기해야 합니다. 예방 접종을 받은 순서에 따라 기록해 주십시오.

어린이의 성	이름	중간 이름	생년월일	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;">Complete for all</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;">Up-to-date</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 8px;">Medical/Religious</div>
주소	시	주	우편번호	
부모 혹은 후견인의 이름		집 전화번호		

예방접종	1차 접종	2차 접종	3차 접종	4차 접종	5차 접종
디프테리아/파상풍/백일해 (Dtap, Tdap, Td)	(달/날/해)	(달/날/해)	(달/날/해)	(달/날/해)	(달/날/해)
Tdap 추가접종 (10 세 이상 어린이에 국한됨)					
소아마비 (IPV 혹은 OPV)					
수두 [VZV 혹은 VAR] <input type="checkbox"/> 만일 수두를 앓았으면 표시하십시오. 발병일 _____ (달/날/해)					
홍역/볼거리/풍진 (MMR) 혹은 홍역 예방접종 볼거리 예방접종 풍진 예방접종					
B형 간염					
A형 간염					
B형 헤모필러스성 독감 (히브) (5세 미만 소아에게만 적용됨)					

본인은 위의 자녀 예방 접종 기록 이 정확하다는 것을 확인합니다.

서명 * _____ 일자

갱신 후 서명 _____ 일자

갱신 후 서명 _____ 일자

갱신 후 서명 _____ 일자

For school/facility use only
School/facility Name
Student ID Number
Grade

* 부모, 후견인, 15세 이상의 청소년, 의사 혹은 군 보건소 직원이 예방접종 내역을 증명하기 위해 서명할 수 있습니다.

뒷면으로 계속 됨



오레곤 주 예방 접종 확인서, 2째 쪽

사회 복지부 예방 접종 프로그램

Oregon Certificate of Immunization Status

어린이의 성 _____ 이름 _____ 중간 이름 _____ 생년월일 _____

	권장 예방 접종	1차 접종	2차 접종	3차 접종	4차 접종	5차 접종
권장 예방접종	폐렴 (PCV7) <small>(5세 미만 소아에만 해당됨)</small>					
	수막염 (MCV4, MPSV4)					
	유두종 <small>(9세 이상 여아만 해당됨)</small>					
	독감 (플루)					
	기타 예방접종 <small>상세 내역</small>					
	기타 예방접종 <small>상세 내역</small>					

의료사정에 근거한 면제:
면허를 소지한 의사의 아래 항목을 포함한 진단서를 제출하십시오.

- 이름
- 생년월일
- 예방접종에 대해 금기를 나타내는 의료 상황
- 금기를 나타내는 예방접종의 목록
- 해당되는 경우, 금기 상태의 지속 기간
- 의사의 서명과 서명 일자
- 전화 번호를 포함한 의사의 연락처

예방 접종을 면제 받기 위해 (병력 혹은 양성반응) 면허를 소지한 의사로부터 아래 항목을 포함한 진단서를 제출하십시오.

- 어린이의 이름과 생년월일
- 진단 혹은 검사 결과 보고서
- 의사의 서명과 서명일자

종교적 이유에 근거한 면제:
본인은 제공된 설명서의 내용을 읽고 이해하였습니다.
본인은 우리 자녀가 예방 접종을 받지않는 것에 따른 전염병이 발생했을 경우 등교를 제지 당할 것을 포함한 위험 가능성을 주지하고 있습니다. 우리 자녀는 예방 접종을 반대하는 신앙의 가르침을 따라 양육되고 있고, 본인은 우리 자녀에게 다음의 필수 예방접종을 면제받도록 요청합니다.

디프테리아/파상풍	<input type="checkbox"/>	백일해	<input type="checkbox"/>
홍역	<input type="checkbox"/>	소아마비	<input type="checkbox"/>
볼거리	<input type="checkbox"/>	수두	<input type="checkbox"/>
풍진	<input type="checkbox"/>	히브	<input type="checkbox"/>
B형 간염	<input type="checkbox"/>	A형 간염	<input type="checkbox"/>

_____ 부모 혹은 후견인의 서명 _____ 일자 _____

본인은 위의 자녀 예방 접종 기록과 접종 면제 상태가 정확하다는 것을 확인합니다.

서명 _____ 일자 _____

갱신 후 서명 _____ 일자 _____

갱신 후 서명 _____ 일자 _____

갱신 후 서명 _____ 일자 _____

예방 접종 현황 확인서 (Certificate of Immunization Status) 작성법 안내 (Instruction for Form Completion)

연락처 정보

자녀의 성과 이름, 생년월일, 현 주소, 부모 혹은 후견인의 이름과 집 전화번호를 모두 기입하십시오. 이 정보는 만일 자녀의 예방 접종 기록에 대한 의문이 있는 경우, 귀하에게 연락을 취하기 위해 필요합니다.

필수 예방 접종 (앞면)

자녀가 맞은 각 예방접종의 용량과 접종일시(월/일/년)을 기록해 주십시오. 정확한 일자를 제시할 수 없는 경우, 접종 달과 해를 사용하십시오. 접종 용량은 투여받은 순서대로 적으셔야 합니다. 양식에 음영으로 표시된 항목은 통상적으로 수여되지않는 경우이나, 자녀가 접종을 받은 경우, 음영 상자에 접종일시를 기록해 주십시오.

선택 예방 접종 (뒷면)

선택 백신은 법으로 요구되지는 않으나, 대다수의 아동이 접종을 받습니다. 자녀가 맞은 각 예방접종의 용량과 접종일시(월/일/년)을 기록해 주십시오. 정확한 일자를 제시할 수 없는 경우, 접종 달과 해를 사용하십시오. 접종 용량은 투여받은 순서대로 적으셔야 합니다. 양식에 음영으로 표시된 항목은 통상적으로 시행되지않지만, 자녀가 접종을 받은 경우, 음영 상자에 접종일시를 기록해 주십시오.

서명

부모 혹은 후견인의 서명은 자녀의 기록이 정확하다는 것을 확인하는 것입니다. 의사 혹은 지역 보건소의 서명 혹은 확인은 필수적인 것은 아니나, 예방접종 기록 제출시 허용됩니다. 귀하가 매번 자녀의 정보를 추가 할 때마다, 다시 서명하셔야 합니다.

양식의 앞과 뒷면을 모두 작성하셔야 합니다.

면제

오래곤 주는 종교와 의료에 근거한 예방 접종 면제를 허용합니다. 종교적 사유로 면제를 받기 위해서는 해당되는 예방접종의 상자에 표시해 주십시오. 그런 다음, 표시된 줄에 서명하시고 서명일자를 적으십시오. 의료 사유에 근거한 면제를 받기 위해서는 학생의 주치의사의 편지를 학교 혹은 유아원에 제출하십시오.