



Colorado Department
of Public Health
and Environment

예방 접종 진행 양식

필요한 예방 접종

학교/보육 시설용

의료 서비스 제공자 참고 사항: 콜로라도 주 규정 6 CCR 1009-2 는 콜로라도 보건위원회(Colorado Board of Health)의 권한을 통해 학교가 정하는 의무 예방 접종 확인 사실 입증을 콜로라도 주 학교 출석 요건의 하나로 규정하고 있습니다. “의무” 일정은 ACIP/AAP 권장 일정을 엄격하게 따르고 있습니다. 학교가 정하는 의무 예방 접종 요건에 관해 궁금한 점이 있으시면 303-692-2700 번으로 콜로라도 예방접종 섹션(Colorado Immunization Section)으로 문의해 주시기 바랍니다. 감사합니다.

부모님/보호자님께 - 학생 이름: _____

귀하의 자녀가 보육 시설/학교에 다니려면 반드시 의무 예방 접종 내역이 포함된 최근 예방 접종 기록이 필요합니다. 본 양식은 자녀가 의무 예방 접종을 받을 때 마다 그 사실을 기록해 접종 내역을 추적하는 용도로 사용될 수 있습니다. 콜로라도 주법은 자녀가 예방 접종을 맞아 가면서 보육 시설/학교에 다니는 것을 허용하고 있습니다. 매년 예방 접종을 받고 나면 해당 학교에 접종 기록을 제출해 주시기 바랍니다.

필요한 예방 접종 (기한):

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>_____ DTaP(디프테리아/파상풍/백일해)</p> <p>_____ Tdap(파상풍/디프테리아/백일해)</p> <p>_____ Td(파상풍/디프테리아)</p> <p>_____ 소아마비</p> <p>_____ MMR(홍역/볼거리/풍진)</p> | <p>_____ Hib(인플루엔자균 타입 b)</p> <p>_____ PCV13(폐렴연쇄상구균)</p> <p>_____ B 형 간염</p> <p>_____ 바리셀라 (수두)</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 수두 질병에 관한 모든 보고는 의료 제공자(의사 또는 RN)가 문서 기록해야 합니다

주의 사항: 예방 접종이 귀하의 종교적 신념에 반하는 경우 반드시 종교적 사유 면제서에 서명하셔야 합니다. 귀 자녀가 의료적 이유로 예방 접종을 받을 수 없는 경우 반드시 의사가 의료적 사유 면제서에 서명해야 합니다. 예방 접종에 반하는 개인적 신념이 있는 경우 개인적 사유 면제서에 서명하셔야 합니다. 면제 양식은 콜로라도 보건환경부 예방 접종 증명서 뒷면에 나와 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

학교/보육 시설: _____ 전화: _____ 팩스: _____

통보 방법: 전화 우편 직접

이 칸에 표시가 되어 있으면 위에 기재된 예방 접종 중 두 가지 이상이 필요하다는 의미이며, 귀하의 담당 의사가 아래 계획서를 작성하고 귀하가 서명한 다음, 위에 적힌 기한까지 반송해 주셔야 합니다. 예방 접종을 받으면 해당 기록을 저희 보건환경부로 제출해 주십시오. 이 계획은 공식 예방 접종 증명서가 작성 완료될 때까지 진행됩니다.

백신	의료 서비스 제공자		접종 예정				
	의료 서비스 제공자 추천이 필요한 경우 1-800-688-7777 번으로 연락해 주십시오.		일정은 ACIP, AAP 또는 백신 제조사의 제품 동봉 설명서에 따라 의료적으로 권장되는 간격을 준수해야 합니다.				
DtaP	이름	전화번호	날짜	날짜	날짜	날짜	날짜
Tdap	이름	전화번호	날짜				
Td	이름	전화번호	날짜	날짜	날짜	날짜	
소아마비	이름	전화번호	날짜	날짜	날짜	날짜	
MMR	이름	전화번호	날짜		날짜		
Hib	이름	전화번호	날짜		날짜		
PCV13	이름	전화번호	날짜	날짜	날짜	날짜	
B 형 간염	이름	전화번호	날짜		날짜		
수두	이름	전화번호	날짜			날짜	

본인은 필수 예방 접종을 받고, 기록을 제출하며 예방 접종 증명서를 작성 완료하는 상기 계획에 동의합니다.

서명: _____ 날짜: _____

위에 기재된 자녀 또는 독립한 자녀의 부모/보호자