

	목이 부어 오름, 혈압이 매우 낮거나 쇼크를 받아 쓰러진 적이 있음.
<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	귀하의 자녀는 어떤 방식으로든 심각한 알레르기로 아래와 같은 증상을 호수한 적이 있습니다: 숨을 헐떡임, 숨쉬기가 어려움, 온 몸 전체가 가려움, 입 또는 목이 부어 오름, 혈압이 매우 낮거나 쇼크를 받아 쓰러진 적이 있음.
<input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예	갈랑-바레(Guillian-Barré: 심각한 일시적 근육 약화)증후군을 경험한 적이 있습니까?

위의 질문 중 예를 표시한 경우, 귀하의 자녀는 학교 백신 접종을 받을 수 없습니다. 귀하 자녀의 담당 의사 또는 보건 담당자에게 연락하여 백신 접종이 가능한 지 확인하십시오.

다음 섹션은 백신 접종에 해당될 경우 작성하여 주시기 바랍니다.

H1N1 비활성화 백신	횟수 #	루트: IM	<input type="checkbox"/> LA	제조업체:	LOT #:	VIS 날짜 8/26/09
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> RL			

학생 전달용 백신 카드 및 "주사 접종 사후 관리"

간호사 서명

DHEC 3116 (10/09)

날짜

원본은 SC DHEC 가 관리함

LABEL