

学校: _____

日期: _____

关于学生健康记录不完整的通知

给 _____ 的家长/监护人 出生年月日 _____ 年级 _____

根据我们的记录，您的孩子缺少以下预防接种疫苗：

预防接种疫苗	针剂次数: _____	缺少针剂量	剂量不符合最低年龄/间隔要求
白喉疫苗	针剂次数: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脊髓灰质炎	针剂次数: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b型流感嗜血杆菌疫苗 (1岁或大于一岁只注射一剂，只针对学前儿童)	针剂次数: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
麻疹，腮腺炎，风疹	针剂次数: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B型肝炎	针剂次数: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水痘 (13岁前需要打一针，13岁或以上需要打两针)	针剂次数: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*如果您有由美国持牌医生，高级执业资格护士或者医生助手签名的水痘疾病历史记录，或可取代水痘疫苗接种。

身体检查

(由美国持牌医师，高级执业资格护士或医生的助手在入学日期前12个月以内执行)。

结核病检查： 芒/降凝剂检查

(由美国持牌医师，高级执业资格护士或医生的助手在入学日期前12个月以内执行)。

请带您的孩子到医院或诊所完成上述接种及检查，或医生的预约清单显示他们将完成上述接种及检查。如果上述接种及检查已经完成，请将接种记录交给学校的医务室。

附件是您孩子的健康记录的复印件。请将它带给你的医生。一旦医生完成了所有的项目，请将其交回给学校健康助理（学校办公室）。

如果有学生没有医生或者没有健康保险，请致电2-2-1寻求帮助关于夏威夷州MedQuest项目的信息或直接联系您的学校健康助理。

如果您有任何疑问，请致电 _____ 联系学校健康助手 _____。

如果您想了解更多有关学校卫生要求，请向您的学校索取小册子。他们有各种语言的版本。