

UNIVERSITY OF DAYTON HEALTH REQUIREMENTS

Return completed forms to University of Dayton Gosiger Health Center

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | Phone: 937-229-3131 | Fax: 937-229-3107

必须使用英文填写本表格

戴顿大学健康要求

将完成后的表格返回至戴顿大学 Gosiger 健康中心

俄亥俄州戴顿市学院公园300号, 邮编45469-0900 电话 937-229-3131 传真937-229-3107

本表格必须由医护服务机构来完成和签署

必须提交本材料, 避免出现因健康问题而耽搁课程注册的情况。

提交截止日期: 7月1日 (秋季学期), 1月1日 (春季学期)

姓名 _____

名

中间名

姓

地址 _____

城市

省

邮编

国家

手机号 (_____) _____ 邮箱 _____

出生日期: ____年____月____日 入学时年龄: ____

学号 (必填): _____ 入学上学期 (画圈) 秋季 春季 夏季上学期 夏季下学期 20__年

请在以下选项上画圈: 新生 法科学生/研究生 转校生 国际留学生 非住校学生 网上课堂学生

规定的免疫疫苗接种: MMR (麻疹、腮腺炎和风疹的混合疫苗): 1957年或1957年之后出生的所有学生必须接种两次。

指定的第一次接种时间 - 1岁或1岁以上 实施日期: ____年____月____日

指定的第二次接种时间 - 第一种接种后至少1个月 实施日期: ____年____月____日

豁免规定: 1957年之前出生的学生不受该要求的限制。 MMR 浓度测定的阳性结果证明也满足该混合疫苗的要求。(附上实验报告)

医护服务机构: (要求签名或盖章)

姓名: _____ 签名: _____

(请打印)

地址: _____

电话: (_____) _____ 日期: _____

学生姓名 (印刷名) _____ 学号 _____

强烈推荐接种脑膜炎疫苗和乙肝疫苗。根据俄亥俄州的规定, 计划住校的所有的学生必须透露其是否接种过脑膜炎疫苗和乙肝疫苗, 或填写以下疫苗披露声明。

乙肝疫苗: 第一次接种: ____年____月____日 第二次接种: ____年____月____日 第三次接种: ____年____月____日 (对攻读理疗博士学位的学生来说是必填项)

脑膜炎球菌疫苗: 脑膜炎疫苗 ____年____月____日 第二次预防注射 (如果第一次接种后的时间超过5年, 建议注射) ____年____月____日

脑膜炎球菌接合疫苗 ____年____月____日

脑膜炎疫苗 ____年____月____日

拒绝接种脑膜炎或乙肝疫苗 (要求学生签名, 学生如不满18岁, 则由学生家长代表签名)

我已经阅读了附带的疾病预防控制中心的相关指南, 了解了患脑膜炎球菌病和乙肝病的相关风险。

签名 _____ 日期: _____

可选免疫疫苗接种

强烈推荐接种以下疫苗，但是目前不要求必须接种。

1. 破伤风和白喉疫苗（最近接种日期）：破伤风、白喉和百日咳混合疫苗：__年__月__日或破伤风和白喉疫苗：__年__月__日
（对于将从事儿童保育工作的学生（包括一些教育专业的学生），要求其接种破伤风、白喉和百日咳混合疫苗。）
2. HPV（人类乳突病毒疫苗）：第一次接种：__年__月__日 第二次接种：__年__月__日 第三次接种：__年__月__日
3. 甲肝疫苗：第一次接种：__年__月__日 第二次接种：__年__月__日
4. 水痘疫苗：第一次接种：__年__月__日 第二次接种：__年__月__日
5. 其他疫苗接种：（例如，旅行时，要接种的口服伤寒疫苗。）_____

结核病调查表：适用于所有学生。

（请画圈）

1. 你是否曾与患活动性结核病的患者接触过？ 是 否
2. 你是否曾在私人疗养院、监狱（拘留所）、流浪汉之家、医院或其他卫生医疗机构呆过或工作过？ 是 否
3. 你是否有慢性疾病或正服用有损免疫系统的药物？ 是 否
4. 你是否曾有过静脉注射非法毒品或可卡因的经历？ 是 否
5. 你是否出生于以下列出的国家之一或曾呆在这些国家1个月以上？ 是 否

（如果是的话，请在以下一个或多个国家上画圈

阿富汗	科特迪瓦	日本	尼加拉瓜	苏丹
阿尔及利亚	克罗地亚	哈萨克斯坦	尼日尔	苏里南
安哥拉	朝鲜民主主义人民共和国	肯尼亚	尼日利亚	斯威士兰
阿根廷	刚果民主共和国	基里巴斯	巴基斯坦	阿拉伯叙利亚共和国
亚美尼亚	吉布提	科威特	帕劳共和国	塔吉克斯坦
阿塞拜疆	多米尼加共和国	吉尔吉斯斯坦	巴拿马	泰国
巴林岛	厄瓜多尔	老挝人民民主共和国	巴布亚新几内亚	前南斯拉夫马其顿共和国
孟加拉国	萨尔瓦多	拉脱维亚	巴拉圭	东帝汶民主共和国
白俄罗斯	赤道几内亚	莱索托	秘鲁	多哥
伯利兹城	厄立特里亚国	利比里亚	菲律宾	突尼斯
贝宁	爱沙尼亚	利比亚	波兰	土耳其
不丹	埃塞尔比亚	立陶宛	葡萄牙	土库曼斯坦
多民族玻利维亚国	斐济	马达加斯加岛	卡塔尔	图瓦卢
波斯尼亚和黑塞哥维那	加蓬	马拉维	大韩民国	乌干达
博茨瓦纳	冈比亚	马来西亚	摩尔多瓦共和国	乌克兰
巴西	格鲁吉亚	马尔代夫	罗马尼亚	坦桑尼亚联合共和国
文莱	加纳	马里	俄罗斯联邦	乌拉圭
保加利亚	关岛	马绍尔群岛	卢旺达	乌兹别克斯坦
布基纳法索	危地马拉	毛里塔尼亚	圣文森特和格林纳丁斯	努瓦阿图
布隆迪	几内亚	毛里求斯	圣多美与普林西比共和国	委内瑞拉玻利瓦尔共和国
柬埔寨	几内亚比绍	密克罗尼西亚联邦	塞内加尔	越南
喀麦隆	圭亚那	蒙古	塞舌尔	也门
佛得角	海地	摩洛哥	塞拉利昂	赞比亚
中非共和国	洪都拉斯	莫桑比克	新加坡	津巴布韦
乍得	印度	缅甸	所罗门群岛	
中国	印度尼西亚	纳米比亚	索马里	
哥伦比亚	伊拉克	尼泊尔	南非	
科摩罗			斯里兰卡	
刚果				

（来源：世界健康组织《全球卫生瞭望》，2010年结核病发病率。发病率高于20例/100,000人的国家。为了以后能获得最新的信息，请参考 <http://apps.who.int/ghodata>）

如果你在回答结核病调查表中的5个问题时，答案都是“是”，或在以上一个或多个国家上画圈的话，则在抵达我校前一年内必须填写以下信息：

指定的结核菌素皮肤试验日期：__年__月__日 读取日期：__年__月__日

结果：__mm 阴性结果 阳性结果 （附上结果）

或结核病血液检验（干扰素释放试验，如T细胞斑点检测或全血干扰素试剂检验） 阴性结果 阳性结果 （附上结果）

胸部 X 光检查结果（如果皮肤结核病或血液检验呈阳性，则需要进行此检查）：日期：__年__月__日 正常 异常
（附上结果）