

姓名 (请用正楷填写) _____ 出生日期 ____/____/____ 学号 _____
月 日 年

电话 _____ 电子邮箱 _____

戴顿大学健康要求

根据俄亥俄州法律和/或戴顿大学相关规定制定。

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | 电话: 937-229-3131 | 传真: 937-229-3107 | myhealth.udayton.edu

必填: (健康问题会耽误课程注册; 为避免出现此类情况, 请务必提交必填信息)

提交截止日期: 7月14日 (秋季学期); 1月1日 (春季学期)

MMR 疫苗 (麻疹、腮腺炎、风疹): 1957 年及之后出生的所有学生必须接种两次。

第一次接种时间为出生 12 个月或之后 ____/____/____ 第二次接种时间为第一次接种后至少 28 日后 ____/____/____
月 日 年 月 日 年

*MMR 浓度测定结果为阳性的证明也满足该 MMR 疫苗接种的要求 (请附上检验报告)。

医护服务机构证明 (请签名、盖章或附上记录)

姓名/称谓 _____ 签名 _____ 日期 _____

地址 _____ 电话 _____

强烈建议:

强烈建议接种**脑膜炎疫苗**和**乙肝疫苗**。

乙肝疫苗:

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____ 第三次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

流行性脑脊髓膜炎疫苗:

(年龄 ≥ 16 岁至少接种一次)

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年

脑膜炎球菌组B疫苗:

Bexsero Trumenba

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年

根据俄亥俄州的规定, 计划住校的所有学生**必须**透露其是否接种过脑膜炎和乙肝疫苗, 或者填写以下疫苗披露声明

我已经阅读了美国疾病预防控制中心 (CDC) 网站 (www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html) 上关于乙型肝炎和脑膜炎的信息。我明白不接种疫苗的风险, 并决定拒绝此时接种疫苗。

学生签名 (必填) _____ 日期 _____

父母或法定监护人 (如学生未满 18 周岁) _____ 日期 _____

建议:

Tdap 疫苗 (破伤风、白喉、百日咳):

上次辅助接种 ____/____/____
月 日 年

甲肝疫苗:

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年

水痘疫苗:

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年

HPV 疫苗 (人类乳头瘤病毒):

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____ 第三次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

脊髓灰质炎疫苗

第一次接种 ____/____/____ 第二次接种 ____/____/____ 第三次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年 月 日 年
第四次接种 ____/____/____ 第五次接种 ____/____/____
月 日 年 月 日 年

结核病调查表 - 必填

- 你是否曾与患有或疑似患有活动性结核病的人员有过密切接触？ 是 否
- 你是否曾在高风险环境（如：监狱/拘留所、长期护理机构和流浪汉收容所）中居住和/或工作过？ 是 否
- 你是否曾作为志愿者或医护工作者，为活动性结核病风险较高的客户提供服务？ 是 否
如果回答“是”，请说明 _____
- 以下是潜伏性结核杆菌传染或活动性结核病发病率较高的人群，你是否曾是其中一员： 缺医少药人群、低收入人群或者毒品或酒精滥用人群？ 是 否
- 你是否出生在以下任何一个活动性结核病发病率较高的国家，或者你此前是否曾经长期停留在以下一个或多个国家（超过一个月）*？（如果回答“是”，请圈选出对应的国家） 是 否

*对于旅行可能导致你接触到疾病传染源的风险问题，应与医疗服务机构的医护人员讨论和评估。

阿富汗	科特迪瓦	伊拉克	蒙古	塞拉利昂
阿尔及利亚	吉布提	哈萨克斯坦	摩洛哥	新加坡
安哥拉	多米尼加共和国	肯尼亚	莫桑比克	所罗门群岛
亚美尼亚	厄瓜多尔	基里巴斯	缅甸	索马里
阿塞拜疆	萨尔瓦多	朝鲜民主主义人民共和国（北朝鲜）	纳米比亚	南非
孟加拉	赤道几内亚	大韩民国（南韩）	瑙鲁	南苏丹
白俄罗斯	厄立特里亚	吉尔吉斯斯坦	尼泊尔	斯里兰卡
贝宁	埃塞俄比亚	老挝	尼加拉瓜	苏丹
不丹	斐济	拉脱维亚	尼日尔	斯威士兰
玻利维亚	加蓬	莱索托	尼日利亚	塔吉克斯坦
博茨瓦纳	冈比亚	利比里亚	北马里亚纳群岛	坦桑尼亚
巴西	格鲁吉亚	利比亚	巴基斯坦	泰国
文莱达鲁萨兰国	加纳	立陶宛	帕劳	帝汶-莱斯特（东帝汶）
布基纳法索	格陵兰	澳门（特别行政区）	巴拿马	多哥
布隆迪	关岛	马达加斯加	巴布亚新几内亚	土库曼斯坦
柬埔寨	几内亚	马拉维	巴拉圭	图瓦卢
喀麦隆	几内亚比绍	马来西亚	秘鲁	乌干达
佛得角	圭亚那	马尔代夫	菲律宾	乌克兰
中非共和国	海地	马里	罗马尼亚	乌兹别克斯坦
乍得	洪都拉斯	马绍尔群岛	俄罗斯联邦	瓦努阿图
中国（包括台湾）	香港（特别行政区）	毛里塔尼亚	卢旺达	越南
刚果	印度	密克罗尼西亚	圣多美与普林希比	也门
刚果-民主共和国	印度尼西亚	摩尔多瓦	塞内加尔	赞比亚
				津巴布韦

如果你在回答结核病调查表中的 5 个问题时，答案是“是”，或圈出了以上一个或多个国家，则必须在来我校之前的一年内提供以下信息：

结核病血液检验（建议进行此检验；如果结核病皮试为阳性，则必须进行此检验）

（干扰素释放检验，如 T 细胞斑点检测或全血干扰素试剂检验）： 阴性 阳性 （请附上检验结果）

或者结核菌素皮试： 注射日期： ____/____/____ 检查日期： ____/____/____
月 日 年 月 日 年

结果： _____ mm 阴性 阳性 （请附上检查结果）

胸部 X 光检查结果（如果结核病皮试或血液检验为阳性，则必须进行此检查）：

日期： ____/____/____ 正常 异常 （请附上检查结果）
月 日 年

请将填写好的表格邮寄或传真至戴顿大学健康中心（University of Dayton Health Center）

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | 电话： 937-229-3131 | 传真： 937-229-3107