洛杉磯郡公共健康部

H1N1 疫苗注射表填寫說明

符合H1N1 疫苗注射資格： 如果你屬於以下情況，應注射H1N1 疫苗…

- 目前正在懷孕.
- 同住或照顧與年齡不到 6 個月的幼兒在一起.
- 從事保健工作或緊急醫療服務人員.
- 年齡介於 6 個月和 24 歲之間.
- 年齡介於 25 歲和 64 歲之間,患有慢性疾病問題或免疫系統不全者.

符合以上條件者，將優先獲得 H1N1 疫苗注射，因為你會被染上 H1N1 流感和併發癥的風險較高。如果你不符合上列條件，可等到秋季再接種 H1N1 疫苗。

符合接種疫苗的條件，可能需要在疫苗到達注射地點之前先填寫 H1N1 疫苗注射表格。

方法 1: 網上填表格：

- 電子網路下載表格並用Adobe Acrobat Reader完成填寫（ 該軟體可從 http://get.adobe.com/reader/免費下載）
- 僅填寫「個人資料部分(Personal Information Section)」
- 只能以英文填表
- 印出白色標準尺寸的表格（81/2 x11）
- 將表格帶到指定診所 (診所列表請查詢 www.lapublichealth.org)

方法 2: 手寫填表格:

- 下載和印出白色標準尺寸的表格（81/2 x11）
- 僅填寫「個人資料部分(Personal Information Section)」
- 只能以英文填表。在所有欄目中，一個方格寫一個字母
- 將表格帶到指定診所 (診所列表請查詢 www.lapublichealth.org)

46635

Vaccination Form

County of Los Angeles Public Health

請依照範例所示，以正楷大寫字母書寫。

E X A M P L E 1 2 3

請依照範例所示，將圓圈完全塗滿。

正確 ● 錯誤 ⊗ ✓

個人資料 請儘可能提供最完整的資料。所有資料將一律予以保密。

姓氏 名字 中間名：

街號 街名 公寓門牌號碼

城市 郵遞區號 國家 ○ LA ○ Other 州 ○ CA ○ Other

電話號碼 - -

生日 M M / D D / Y Y Y Y

年齡（歲數） 如果未滿一歲，請說明幾個月大

性別 ○ 男性 ○ 女性

種族 / 族裔 ○ 亞裔 ○ 夏威夷原住民 / 太平洋島裔 ○ 西班牙 / 拉丁美洲裔 ○ 其他 ○ 黑人 非裔美國人 ○ 印第安 / 阿拉斯加裔美國人 ○ 白人

您有以下任何一種病症嗎？ ○ 是 ○ 否
心臟病、肺病、腎臟病、肝病或神經性疾病；癌症、氣喘、糖尿病；血液疾病；免疫系統功能障礙

您有六個月以下的孩童需要照顧或與其同住嗎？ ○ 是 ○ 否

您是否已懷孕或疑似懷孕？ ○ 是 ○ 否

如果未成年，請提供父母或法定監護人的姓名

我同意接受所提供的藥物 / 疫苗接種療程。

簽名

STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	
Vaccine To Be Administered	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer / Lot Number	Admin. by
Seasonal VIS 08/11/2009	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	Manufacturer: ○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI; Lot Number	
Pan H1N1 VIS 10/02/2009	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	Manufacturer: ○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI; Lot Number	

Date Administered M M / D D / Y Y Y Y

VFC PIN

Street Number of Site

46635 Formtran

Flu Form R3 10/19/2009