



必須予防接種の個人の考えによる免除



生徒氏名 (姓、名、ミドル)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 月 日 年 ___ / ___ / _____	電話番号
保護者 - 氏名	住所		

A. カリフォルニア州の免許を持つ公認医療関係者 - この欄を記入してください

私は(1つチェック): 医師 ナースプラクティショナー 医師助手 自然療法医 資格を持つ学校看護師

情報の提供: 私は、1) 予防接種の利点とリスク、2) カリフォルニア州で必要な予防接種 (以下の表に挙げた予防接種) において、生徒や感染症コミュニティに対する健康上のリスクに関する情報を上記の生徒の保護者 (生徒の世話や養育に責任があるとされる成人)、または独立した未成年者の場合は生徒に提供しました。

公認医療関係者の署名

日付 - 保育施設または学校に入学する前の6カ月以内

実施者名、住所、電話番号:

B. 保護者 - この欄を記入してください

I. 以下のボックスに1つチェックを入れてください:

- 情報の受領:** 私は、1) 予防接種の利点とリスク、2) カリフォルニア州で必要な予防接種 (以下の表に挙げた予防接種) において、上記の生徒や感染症コミュニティに対する健康上のリスクに関する情報を公認医療関係者から提供されました。
- 宗教的信仰:** 私は、認定医療関係者から医学的助言や治療を受けることを禁じている宗教のメンバーです。(パート A の医療関係者の署名は必要ありません。)

保護者の署名

日付 - 保育施設または学校に入る前の6カ月以内

II. 口述書

既に受けた予防接種: 私は、入学に際して必要な予防接種 (カリフォルニア州安全衛生法§120365) を生徒が既に受けている記録をすべて保育施設や学校に提供しました。

免除を希望する予防接種: 予防接種を受けていない生徒が学校や家で接触すると、ワクチンで予防できる疾患にかかるリスクが大きくなります。予防接種を受けていない生徒は生徒自身や他人を保護するため、これらの疾患が発生または接触した後、学校や保育施設に出席させない場合がある (17 CCR §6060) ことを理解します。私はこれにより、必須予防接種が私の考えに反しているため、以下にチェックを入れた必須予防接種の上記生徒の免除を希望します。

学校の種類	必須予防接種の表 - 免除を希望するもののボックスをチェックしてください。
保育施設のみ	<input type="checkbox"/> B 型インフルエンザ (B 型インフルエンザ菌性髄膜炎)
保育施設および幼稚園から 12 年生	<input type="checkbox"/> DTaP (ジフテリア、破傷風、百日咳) <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> MMR (麻疹、おたふく風邪、風疹) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 水痘 (水疱瘡)
7 年生進級 (または 7 - 12 年生へ入学)	<input type="checkbox"/> Tdap (破傷風、減弱ジフテリア、百日咳)

保護者の署名

日付