



국제 학생을 위한 예방접종 기록

모든 양식을 스캔하여 이메일로 제출:

student-health@uiowa.edu

또는 팩스 1-319-335-7247번으로 제출

The University of Iowa Student Health Service

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

환자 이름 _____

학생 ID# _____

생년월일 _____

이 양식은 적어도 오리엔테이션 한 달 전에 접수되어야 합니다.

필수 홍역, 볼거리, 풍진(MMR) 예방접종

MMR: 학과 수강 등록 시 MMR 면역력이 있다는 증거를 제출해야 합니다. 단, 임신 사실을 알고 있거나 임신이 의심되는 여성은 예외입니다. 해당 여성은 아이를 출산할 때까지 이 요건에 대해 면제를 받습니다.

만약 다음 중 한 가지 기준에 부합되는 경우 이 요건이 충족됩니다:

☐ 1957 년 이전에 태어남, 또는

☐ 두 차례의 MMR 예방접종을 받았음 (두 차례 모두 날짜 기입):

1 차 _____ / _____ / _____ (반드시 첫 번째 생일 이후 및 1969 년 또는 그 이후여야 함)
월 일 년

2 차 _____ / _____ / _____ (반드시 1 차 후 적어도 28 일이 지나야 함 - 대개 4-6 세 또는 그 이후에 접종을 받음)
월 일 년

☐ 이러한 질병에 면역력이 있음을 증명하는 MMR 역가 검사에 대한 실험실 보고서 원본의 사본을 Student Health Service(학생 건강 서비스)에 제공함

필수 결핵 선별검사

- 아이오와에 오기 전에 결핵 피부 또는 혈액 검사를 받아서는 안 됩니다. 결핵(TB) 선별검사는 반드시 미국에서 받아야 합니다.
- 아이오와 대학교에 오기 전에 BCG 예방접종을 받아서는 안 됩니다.
- 흉부 X-레이가 필요한 경우, 반드시 아이오와 대학교에서 학기가 시작되기 전 3 개월 이내에 미국에서 검사를 받아야 합니다.
- 결핵 감염이나 질병으로 치료를 받은 적이 있다면, 영어로 작성한 치료 기록 사본을 가져오시기 바랍니다.

BCG 예방접종을 받은 적이 있습니까? ☐ 아니요

☐ 예 - 가장 최근에 BCG 접종을 받은 날짜: _____ / _____ / _____
월 일 년

뇌수막염 백신 정보

뇌수막염은 뇌와 척수를 둘러싸고 있는 수막이 바이러스나 세균에 감염되는 질환을 말합니다. 세균성 뇌수막염은 심각해질 수 있으며 조직 손상에서 사망에까지 이를 수 있습니다. 미국에서 가장 흔한 3 가지 유형 중 2 가지를 포함하는 4 가지 유형의 세균성 뇌수막염을 예방할 수 있는 백신이 현재 이용 가능합니다. 뇌수막염 백신은 모든 종류의 뇌수막염을 예방하지는 못합니다. 뇌수막염 백신은 기숙사에 거주하는 신입생이나 세균성 뇌수막염 감염 위험을 줄이고자 하는 청소년에게 권장됩니다. 아이오와 주법에 따라 저희는 뇌수막염과 뇌수막염 백신에 대한 이러한 정보를 제공해야 합니다. 저희는 또한 캠퍼스 내의 뇌수막염 예방접종에 관한 자료를 수집해야 합니다.

뇌수막염 백신접종을 받았는지 표시해 주십시오: ☐ 예 ☐ 아니요

예인 경우, 접종을 받은 날짜를 기재해 주십시오 (월, 일, 년): _____ / _____ / _____

귀하의 서명은 귀하께서 본 정보를 읽었다는 것을 증명합니다. (서명) _____
(날짜) _____



국제 학생을 위한 예방접종 기록

모든 양식을 스캔하여 이메일로 제출:

student-health@uiowa.edu

또는 팩스 1-319-335-7247번으로 제출

The University of Iowa Student Health Service

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

환자 이름 _____

학생 ID# _____

생년월일 _____

이 양식은 적어도 오리엔테이션 한 달 전에 접수되어야 합니다.

권장하는(필수는 아님) 예방접종 및 검사
다음의 예방접종/선별검사를 받을 것을 권장합니다.

* 수두 (수포창). 면역력이 있음을 다음으로 증명할 수 있습니다:

☐ 예방접종 시리즈를 받았음 - 접종 일자(월, 일, 년): 1 차 ____/____/____, 2 차 ____/____/____, 또는

☐ 수두를 앓았음 - (월, 일, 년) ____/____/____ 또는 ☐ 혈청학적으로 면역력이 있음

* 파상풍, 디프테리아

☐ Td (10 년 이내인 경우에만 유효) - 접종 일자(월, 일, 년) ____/____/____, 또는

☐ Tdap (10 년 이내인 경우에만 유효) - 접종 일자(월, 일, 년) ____/____/____

* 소아마비 - 접종 일자(월, 일, 년): ____/____/____

* B 형 간염

☐ B 형 간염 시리즈 접종 일자(월, 일, 년): 1 차 ____/____/____, 2 차 ____/____/____, 3 차 ____/____/____, 또는

☐ A/B 형 간염 혼합 시리즈 접종 일자(월, 일, 년): 1 차 ____/____/____, 2 차 ____/____/____, 3 차 ____/____/____

* B 형 간염 항체 역가 검사. (실험실 보고서 원본의 사본을 제공하십시오). 면역력이 없다면 프로토콜에 따른 추가 접종이 필요합니다.

* 인유두종 바이러스(HPV) 시리즈 접종 일자(월, 일, 년): 1 차 ____/____/____, 2 차 ____/____/____, 3 차 ____/____/____

* A 형 간염 시리즈 접종 일자(월, 일, 년): 1 차 ____/____/____, 2 차 ____/____/____

* 겸상 적혈구 빈혈증 선별검사: 겸상 적혈구 빈혈증은 아프리카계나 지중해 연안계 사람에게서 발병하는 유전 질환으로 "겸상 적혈구 빈혈증(sickledex)" 선별검사를 통해 진단하게 됩니다. ☐ 검사를 받은 적이 없다. ☐ 검사를 받은 적이 있으며, 결과는: ☐ 음성 ☐ 양성

인증

본 양식을 인증하기 위해서는 담당이나 권한이 있는 예방접종 담당자가 서명하고, 검인을 찍고, 날짜를 기입해야 합니다.

담당이나 권한이 있는 예방접종 담당자의 필수 서명 및 검인/봉인

날짜: ____/____/____

월 일 년

스캔하여 이메일로 제출: student-health@uiowa.edu

또는

팩스 1-319-335-7247 번으로 제출

이 양식은 적어도 오리엔테이션 한 달 전에 접수되어야 합니다.

아이오와 대학교 Student Health Service(학생 건강 서비스)는 환자에게 의료 서비스를 제공할 목적으로 이 정보를 요청합니다.
학생 건강 서비스의 관계자가 아닌 사람은 환자가 이해하고 서면으로 동의한 경우가 아니면 본 정보를 주기적으로 제공받을 수 없습니다.
모든 항목에 대한 답변이 필요합니다. 이 정보를 제공하지 않으면, 적절한 의료 서비스를 받지 못할 수도 있습니다.