



國際學生免疫接種記錄

掃描並透過電郵發送所有表格至：student-health@uiowa.edu

或傳真至 1-319-335-7247

The University of Iowa Student Health Service

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

患者姓名 _____

學生證號碼 _____

出生日期 _____

此表應最遲在入學導向前一個月收到。

要求麻疹、腮腺炎、風疹（麻腮風）免疫接種

麻腮風：提供麻腮風免疫力證明是入學註冊的一項要求。僅已知或懷疑懷孕的女性例外。這些人士在分娩前豁免遵守此項規定。

若您符合以下一項標準，即屬滿足此規定：

☐ 1957 年以前出生；或

☐ 已接種兩劑麻腮風疫苗（提供兩個日期）：

#1 ____/____/____；（必須在一週歲當天之後及 1969 年或之後）；
月 日 年

#2 ____/____/____（必須在 #1 日期至少 28 天後—通常 4-6 歲或以後）
月 日 年

☐ 向 Student Health Service（學生健康服務部）提供麻腮風滴定量實驗報告原件副本，證明對這些疾病具有免疫力

要求肺結核篩檢

- 請勿在前往愛荷華前接受肺結核皮膚或血液測試。肺結核篩檢必須在美國進行。
- 請勿在前往愛荷華大學前接種卡介苗疫苗。
- 如您需要拍攝胸部 x 光，則必須於進入愛荷華大學三個月內在美國進行。
- 若您曾接受肺結核感染或疾病治療，攜帶治療報告英文副本。

您是否有卡介苗疫苗接種史？☐ 否 ☐ 是 — 最近接種卡介苗日期： ____/____/____
月 日 年

腦膜炎疫苗資訊

腦膜炎是病毒或細菌引起的大腦及脊髓周圍液體感染。細菌性腦膜炎非常嚴重，會導致器官受損及死亡。有疫苗可預防 4 種細菌性腦膜炎，包括美國最常見三種腦膜炎中的兩種。腦膜炎疫苗無法預防所有類型的疾病。建議居住在學生宿舍的學院新生，以及希望降低感染細菌性腦膜炎風險的其他青少年接種腦膜炎疫苗。愛荷華法律要求我們提供有關腦膜炎及腦膜炎疫苗的資訊。我們亦要搜集校園腦膜炎免疫接種的資料。

請說明您是否曾接種腦膜炎疫苗：☐ 是 ☐ 否

如果是，請說明接種日期（月、日、年）： ____/____/____

您的簽名確認您已閱讀此資訊。（簽名） _____

（日期） _____



國際學生免疫接種記錄

掃描並透過電郵發送所有表格至：student-health@uiowa.edu

患者姓名 _____

或傳真至 1-319-335-7247

學生證號碼 _____

The University of Iowa Student Health Service

4189 Westlawn South

Iowa City, Iowa 52242

出生日期 _____

此表應最遲在入學導向前一個月收到。

建議（但不要求）免疫接種及測試
我們建議您接受以下免疫接種／篩檢測試。

*水痘（牛痘）。以下構成免疫力證明：

☐ 接種系列疫苗－（月、日、年）：#1____/____/____；#2____/____/____；或

☐ 曾患疾病－（月、日、年）____/____/____或 ☐ 具有血清免疫力

*破傷風、白喉

☐ 白破（僅 10 年內有效）－（月、日、年）接種____/____/____；或

☐ 百白破（僅 10 年內有效）－（月、日、年）接種____/____/____；或

*脊髓灰質炎－日期（月、日、年）接種：____/____/____

*乙型肝炎

☐ 乙型肝炎系列疫苗（月、日、年）接種：#1____/____/____；#2____/____/____；#3____/____/____；或

☐ 甲型／乙型肝炎系列疫苗（月、日、年）接種：#1____/____/____；#2____/____/____；#3____/____/____

*乙型肝炎抗體滴定量。（提供實驗報告原件副本）。若不免疫，所需加強劑量視方案而定。

*HPV 系列疫苗（月、日、年）接種：#1____/____/____；#2____/____/____；#3____/____/____

*甲型肝炎系列疫苗（月、日、年）接種：#1____/____/____；#2____/____/____

*Sicklelex 篩檢測試：鎌狀細胞性貧血是非洲或地中海後裔的一種遺傳疾病，可透過「sicklelex」篩檢測試檢查。☐ 我未曾接受此測試；☐ 我曾接受此測試，結果為：☐ 陰性 ☐ 陽性

驗證

要驗證此表，請讓您的醫生或授權免疫接種官員簽名、蓋章並註明日期。

需要醫生或授權免疫接種官員簽名及蓋章／印章 _____ 日期：____/____/____
月 日 年

掃描並提交至：student-health@uiowa.edu

或

傳真至 1-319-335-7247

此表應最遲在入學導向前一個月收到。

愛荷華大學 Student Health Service（學生健康服務部）為患者護理目的索要此資訊。
Student Health Service（學生健康服務部）以外人士，未經患者確認及書面同意不會定期獲得此資訊。
您需要答覆所有項目。若您未能提供此資訊，可能影響患者護理。