



インディアナ州予防接種連合 (IIC) – 登録および同意書
6919 E10th ストリート、スイート C2、インディアナポリス、IN 46219

Japanese

ワクチン接種者について、次の事項を記入してください:	
患者の氏名: ファースト _____ ミドル _____ ラスト _____ 選択名 (該当する場合): _____ 職業 (該当する場合): _____ 電話番号: (____) - ____ - ____ 生年月日: ____/____/____ 年齢: ____ 性別 (出生時に割り当てられました): <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 代名詞: _____ 郵送先住所: _____ 市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____ 人種: (該当するものすべてにチェックを入れる) <input type="checkbox"/> アメリカインディアン/アラスカ先住民 <input type="checkbox"/> アジア人 <input type="checkbox"/> 黒人 <input type="checkbox"/> ハワイ先住民/太平洋諸島人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> その他 民族: <input type="checkbox"/> ヒスパニック/ラテン系 <input type="checkbox"/> 非ヒスパニック/非ラテン系 親/保護者のフルネーム: _____ 生徒の場合: 学校名: _____ 学年レベル: _____	
保険加入状況 (チェックボックス)	
<input type="checkbox"/> 保険無し	
<input type="checkbox"/> メディケイド <input type="checkbox"/> HHW <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> CHIP 会社: _____ メディケイド番号: _____	<input type="checkbox"/> メディケア メディケア番号: _____ メンバーID/グループ番号 (該当する場合): _____
<input type="checkbox"/> 民間または民間保険 (メディケイドは不可) 可能であれば、カードのコピーをフォームに添付してください 会社: _____ ポリシー/会員ID: _____ グループ番号: _____ 保険契約者名: _____ 保険契約者生年月日: ____/____/____ 保険契約者と患者の関係: _____	
ワクチン接種を受ける人のための健康診断の質問:	
	No Yes
1. 今日体調が悪いですか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2. 薬、食べ物、ワクチンの成分、またはラテックスに対してアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
アレルギーを記入してください:	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3. ワクチン接種後に重篤な副反応が出たことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
はいの場合は、具体的に記入してください:	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4. ギランバレー症候群 (GBS) にかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5. 心臓、肺、腎臓の病気、代謝性疾患 (糖尿病など)、またはその他の血液疾患 (凝固障害、鎌状赤血球など) などの長期的な健康上の問題を抱えていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6. 癌、白血病、エイズ、またはその他の免疫系に関する懸念はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7. 発作や脳、その他の神経系の問題を抱えていませんか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8. コルチゾン、プレドニゾン、その他ステロイド剤や抗がん剤を服用/使用していますか、あるいはがんのX線治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9. 女性の場合: 妊娠していますか、または来月中に妊娠する可能性がありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10. タバコ/電子タバコを吸いますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
タバコ/電子タバコを吸ったことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11. 過去1年間に、血液または血液製剤の輸血を受けたり、免疫 (ガンマ) グロブリンまたは抗ウイルス薬を投与されたりしましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12. 過去4週間以内に、何らかの予防接種を受けましたか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
同意声明	
保護された健康情報の使用および請求の譲渡に関する同意: 私はここに、ヘルスケア業務を目的とした私の個人健康情報の使用および開示に関する個人情報保護実施通知を受領すること、ならびにここに記載されたサービスに関連する上記保険会社から第三者請求者へのすべての支払の譲渡に同意し、承認します。	
*署名: X _____ 日付: _____	
18歳未満の場合は、保護者 (親/後見人) の署名が必要です	

ワクチンの許可：このフォームに私の署名は、以下に示すワクチンを私または私の扶養家族にインディアナ州予防接種連合（IIC）の代表者によって投与するように要求したことを示しています。

私は、第三者請求者、IIC、管理者、および担当者が起こるべき反応に対する責任を免除します。

私は、本サービスに起因または関連する請求または訴訟について、法律で許可されている最大限の範囲で、陪審員による裁判を受ける権利を無条件かつ取消不能に放棄し、そのような請求または訴訟は、米国仲裁協会の商事仲裁規則に従って、仲裁を通じて個別にのみ決定されるものとします。私も IIC も第三者請求人も、他の個人または団体による、または他の個人または団体に対する仲裁における請求に参加または統合する権利、またはクラスの代表メンバーとして、または民間の司法長官の立場で請求を仲裁する権利はありません。

職業曝露の場合、IICは患者と従業員の安全のために血液検査の許可を得ています。

私はワクチン情報ステートメントの情報を讀んだり説明したりしており、ワクチンのリスク（有害反応を含む）と利点を理解しています。

別の人に同意する場合、上記の個人との関係に基づいて、私にはこのワクチンの投与に同意する法的権限があります。

私は、現時点で推奨されているすべてのワクチン接種を受けることに同意します。特定のワクチンを拒否したい場合は、317 - 628 - 7116に電話するか、clinic@vaccinateindiana.orgにメールするか、現場のクリニックリーダーと話し合います。

DTaP/Tdap、A 型肝炎、B 型肝炎、B 型インフルエンザ（HiB）、ヒトパピローマウイルス（HPV）、インフルエンザ、MMR、髄膜炎、ポリオ、肺炎、ロタウイルス、呼吸器合胞体ウイルス（RSV）、水痘、帯状疱疹、および/または新型コロナウイルスに基づいて投与される可能性のあるワクチン。

*署名: X _____ 日付: _____

18歳未満の場合は、保護者（親/後見人）の署名が必要です



Indiana Immunization Coalition (IIC) – Registration and Consent Form

6919 E 10th Street, Suite C, Indianapolis, IN 46219

CLINIC USE ONLY - Note any vaccine refusals next to vaccine name				
Vaccine	VIS	MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE	INJECTION SITE	ROUTE
Dtap <i>6 weeks - 6 years</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV <i>4 years - 6 years</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/Hep B/IPV <i>6 weeks-6 years</i>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/Hib/IPV <i>6 weeks - 4 years</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Dtap/IPV/Hib/HepB <i>6 weeks - 4 years</i>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep A <input type="checkbox"/> adult 19 yr and up <input type="checkbox"/> pediatric 1 yr - 18 yr	10/15/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hep B (2 dose series) <i>18 years and up</i>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Hep B (3 dose series) <input type="checkbox"/> adult 20 yrs and up <input type="checkbox"/> pediatric Birth-19 yrs	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Hib <i>6 weeks - 4 years</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
HPV <i>9 yrs - 45 yrs</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Influenza <i>6 mos and up High Dose - 65yrs & up</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
MCV4 <i>1st dose: 10-15 yrs 2nd dose: 16 and up</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Men B <i>16 yrs - 23 yrs Bexsero / Trumenba</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
MMR <i>1 year - 64 years</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
MMRV <i>3 yrs - 12 yrs</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Pneumococcal <i>6 weeks - 4 years 50 years and up</i>	5/12/23		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Polio <i>6 weeks and up</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC
Rotavirus <i>6 weeks - 8 mos.</i>	10/15/21			<input type="checkbox"/> PO
RSV <i>Infants - 19 mos. 60 yrs and up</i>	10/17/24		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM
Tdap <i>7 years and up</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Varicella <i>1 year and up</i>	8/6/21		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> SC
Zoster <i>50 yrs and up</i>	2/4/22		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm	<input type="checkbox"/> IM
Covid-19 <i>6 mos - 11 yr (peds) 12 yrs and up (adult)</i>	10/17/24		<input type="checkbox"/> L arm <input type="checkbox"/> R arm <input type="checkbox"/> L thigh <input type="checkbox"/> R thigh	<input type="checkbox"/> IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____ (Revised 02/11/2025 SJ)