

姓名 (请用正楷填写) _____ 出生日期 _____ / _____ / _____ 学生 ID 编号 _____
月 日 年

电话号码 _____ 手机运营商 _____ 电子邮件 _____

戴顿大学健康要求

根据俄亥俄州法律和/或戴顿大学相关规定制定。将健康表上传到学生门户网站: myhealth.udayton.edu。

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | 传真: 937-229-3107

有关健康要求的任何问题 - 请访问常见问题解答: go.udayton.edu/healthcenter 或发送电子邮件至 healthcenter@udayton.edu。

要求: (为避免了下一次课程注册时的医疗延误和 50 美元的滞纳金, 请务必提交相关信息。)

提交截止日期: 6 月 7 日 (秋季学期); 1 月 1 日 (春季学期)。

MMR (麻疹、腮腺炎、风疹) 疫苗: 1957 年及之后出生的所有学生必须接种两次。

第 1 剂在 12 个月或更晚时间接种 _____ / _____ / _____ 第 2 剂在第 1 剂接种后至少 28 天接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

*MMR 浓度测定结果为阳性的证明也满足该 MMR 疫苗接种的要求 (请附上检验报告)。

*如果您想申请豁免, 请发送电子邮件至 healthcenter@udayton.edu 以获取豁免申请表。

医疗保健服务机构证明 (只有在未附上正式免疫接种记录的情况下, 才需要进行签名和盖章)

姓名/头衔 _____ 签名 _____ 日期 _____

地址 _____ 电话号码 _____

强烈建议:

乙肝疫苗:

第一剂 _____ / _____ / _____ 第二剂 _____ / _____ / _____ 第三剂 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

脑膜炎 ACWY 疫苗: (≥16 岁时至少接种一剂)

Menactra Menveo MenQuadfi
第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

乙型脑膜炎疫苗:

Bexsero Trumenba
第一剂 _____ / _____ / _____ 第二剂 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

新冠肺炎疫苗 (WHO 批准):

Moderna Pfizer Novavax J&J/Janssen

主要系列疫苗和所有推荐的加强针 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

季节性流感疫苗 (仅限最新接种的疫苗):

_____ / _____ / _____
月 日 年

根据俄亥俄州的规定, 计划住校的所有学生必须披露其是否接种过脑膜炎和乙肝疫苗, 或者填写以下疫苗披露声明。

我已阅读以下网页有关乙型肝炎病毒及脑膜炎球菌病的资料: odh.ohio.gov/know-our-programs/immunization/recommended-vaccines-college-students。我明白不接种疫苗的风险, 并决定拒绝此次接种疫苗。请圈选相应选项并签名。

如果不住在大学宿舍, 请圈选相应选项。

学生签名 (必填)

父母或法定监护人 (如学生未满 18 周岁)

日期 _____

日期 _____

必填 — 结核病 (TB) 问卷 — 请完成所有问题并提交。

1. 您是否曾与患有或疑似患有活动性结核病的人员有过密切接触？ 是 否
2. 您是否曾在高风险环境（如：监狱/拘留所、长期护理机构和流浪汉收容所）中居住和/或工作过？ 是 否
3. 您是否曾作为志愿者或医护工作者，为活动性结核病风险较高的患者提供过服务？ 是 否

如果回答“是”，请说明 _____

4. 您是否曾是潜伏性结核杆菌感染或活动性结核病发病率较高人群中的一员：缺医少药人群、低收入人群或者毒品或酒精滥用人群？ 是 否

5. 您是否出生在、或长期访问（超过一个月）*以下所列的任何一个或多个结核病高发国家？ 是 否
- （如果回答“是”，请圈选出对应的国家）

*对于旅行可能导致你接触到疾病传染源的风险问题，应与医疗服务机构的医护人员讨论和评估。

阿富汗	哥伦比亚	洪都拉斯	缅甸	南非
阿尔及利亚	科摩罗	印度	纳米比亚	南苏丹
安哥拉	刚果	印度尼西亚	瑙鲁	斯里兰卡
安圭拉	科特迪瓦	伊拉克	尼泊尔	苏丹
阿根廷	朝鲜民主主义人民共和国	哈萨克斯坦	尼加拉瓜	苏里南
亚美尼亚	刚果民主共和国	肯尼亚	尼日尔	斯威士兰
阿塞拜疆	吉布提	基里巴斯	尼日利亚	塔吉克斯坦
孟加拉国	多米尼加共和国	科威特	北马里亚纳群岛	坦桑尼亚（联合共和国）
白俄罗斯	厄瓜多尔	吉尔吉斯斯坦	巴基斯坦	泰国
伯利兹	萨尔瓦多	老挝人民民主共和国	帕劳	东帝汶
贝宁	赤道几内亚	拉脱维亚	巴拿马	多哥
不丹	厄立特里亚	莱索托	巴布亚新几内亚	突尼斯
玻利维亚（多民族共和国）	斯威士兰	利比里亚	巴拉圭	土库曼斯坦
博茨瓦纳	埃塞俄比亚	利比亚	秘鲁	图瓦卢
巴西	斐济	立陶宛	菲律宾	乌干达
文莱达鲁萨兰国	法属玻里尼西亚	马达加斯加	卡塔尔	乌克兰
保加利亚	加蓬	马拉维	大韩民国	乌拉圭
布基纳法索	冈比亚	马来西亚	摩尔多瓦共和国	乌兹别克斯坦
布隆迪	格鲁吉亚	马尔代夫	罗马尼亚	瓦努阿图
佛得角	加纳	马里	俄罗斯联邦	委内瑞拉（玻利瓦尔共和国）
柬埔寨	格陵兰	马绍尔群岛	卢旺达	越南
喀麦隆	关岛	毛里塔尼亚	Sao Tome and Principe	也门
中非共和国	危地马拉	墨西哥	塞内加尔	赞比亚
乍得	几内亚	密克罗尼西亚（联邦）	塞拉利昂	津巴布韦
中国	几内亚比绍	蒙古	新加坡	
中国香港特别行政区	圭亚那	摩洛哥	所罗门群岛	
中国澳门特别行政区	海地	莫桑比克	索马里	

如果您在回答结核病调查表中的问题 1 - 5 时，答案是“是”，或圈出了以上一个或多个国家：

- 进行结核菌素皮肤测试或结核病血液测试（Quantiferon Gold 或 T-Spot）。
- 测试必须由美国持证的医疗保健提供者实施，并在首次入学前六个月内进行。必须附上测试结果
- 结核病种类测试的解释应基于硬结的毫米数以及风险因素。阳性结果或临界 Quantiferon Gold 或斑点试验需要胸部 X 光检查。如果结核病皮肤测试或结核病血液测试呈阳性，请附上胸部 X 光片、化验室检测报告和/或结核病治疗情况说明。
- 学生抵达后可能会在学生健康中心接受检测。

请将填妥的表格上传至戴顿大学健康中心学生门户网站：myhealth.udayton.edu 300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | Phone: 937-229-3131 | 传真：937-229-3107