

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

电话 _____ 电子邮箱 _____

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。

300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | 电话: 937-229-3131 | 传真: 937-229-3107 | myhealth.udayton.edu

必填: (健康问题可能会耽误课程注册; 为避免出现此类情况, 请务必提交必填信息)

提交截止日期: 6月7日 (秋季学期); 1月1日 (春季学期)。

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

第一次接种时间为出生 12 个月或之后 _____ / _____ / _____ 第二次接种时间为第一次接种后至少 28 日后 _____ / _____ / _____
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)。

医疗保健服务机构证明 (请签名、盖章或附上记录)

姓名/称谓 _____ 签名 _____ 日期 _____

地址 _____ 电话 _____

强烈建议:

强烈建议接种脑膜炎疫苗和乙肝疫苗。

乙肝疫苗:

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____ 第三次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

流行性脑脊髓膜炎疫苗:

(年龄 ≥ 16 岁至少接种一次)

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

脑膜炎链球菌组B疫苗:

Bexsero Trumenba

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

根据俄亥俄州的规定, 计划住校的所有学生**必须**

透露其是否接种过

脑膜炎和乙肝疫苗, 或者签署以下

疫苗披露声明

我已经阅读了美国疾病预防控制中心 (CDC) 网站 (

www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html) 上关于乙型肝炎和脑膜炎的信息。我明白不接种疫苗的风险, 并决定拒绝此次接种疫苗。

学生签名 (必填) _____ 日期 _____

父母或法定监护人 (如学生未满 18 周岁) _____ 日期 _____

建议:

Tdap 疫苗 (破伤风、白喉、百日咳):

上次辅助接种 _____ / _____ / _____
月 日 年

甲肝疫苗:

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

水痘疫苗:

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

HPV 疫苗 (人类乳头瘤病毒):

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____ 第三次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

脊髓灰质炎疫苗

第一次接种 _____ / _____ / _____ 第二次接种 _____ / _____ / _____ 第三次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年 月 日 年

第四次接种 _____ / _____ / _____ 第五次接种 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

结核病调查表 - 必填

1. 你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. 你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. 你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. 以下是潜伏性结核杆菌传染或活动性结核病发病率较高的人群，你是否曾是其中一员： 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. 你是否出生在以下任何一个活动性结核病发病率较高的国家，或者你此前是否曾经长期停留在以下一个或多个国家（超过一个月）*？ 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。

Afghanistan	China, Hong Kong SAR	Guyana	Morocco	Singapore
Albania	China, Macao SAR	Haiti	Mozambique	Solomon Islands
Algeria	Columbia	Honduras	Myanmar	Somalia
Angola	Comoros	India	Namibia	South Africa
Anguilla	Congo	Indonesia	Nauru	South Sudan
Argentina	Cote d'Ivoire	Iraq	Nepal	Sri Lanka
Armenia	Dem People's Rep of Korea	Kazakhstan	Nicaragua	Sudan
Azerbaijan	Democratic Republic of Congo	Kenya	Niger	Suriname
Bangladesh	Djibouti	Kiribati	Nigeria	Swaziland
Belarus	Dominican Republic	Kuwait	Niue	Tajikistan
Belize	Ecuador	Kyrgyzstan	Northern Mariana Islands	Tanzania (United Republic of)
Benin	El Salvador	Lao People's Dem Rep	Pakistan	Thailand
Bhutan	Equatorial Guinea	Latvia	Palau	Timor-Leste
Bolivia (Plurinational State of)	Eritrea	Lesotho	Panama	Togo
Bosnia and Herzegovina	eSwatini	Liberia	Papua New Guinea	Tunisia
Botswana	Ethiopia	Libya	Paraguay	Turkmenistan
Brazil	Fiji	Lithuania	Peru	Tuvalu
Brunei Darussalam	French- Polynesia	Madagascar	Philippines	Uganda
Bulgaria	Gabon	Malawi	Portugal	Ukraine
Burkina Faso	Gambia	Malaysia	Qatar	Uruguay
Burundi	Georgia	Maldives	Republic of Korea	Uzbekistan
Cabo Verde	Ghana	Mali	Republic of Moldova	Vanuatu
Cambodia	Greenland	Marshall Islands	Romania	Venezuela (Bolivarian Republic of)
Cameroon	Guam	Mauritania	Russian Federation	Viet Nam
Central African Republic	Guatemala	Mexico	Rwanda	Yemen
Chad	Guinea	Micronesia (Federated States of)	Sao Tome and Principe	Zambia
China	Guinea-Bissau	Mongolia	Senegal	Zimbabwe
			Sierra Leone	

如果你在回答结核病调查表中的 5 个问题，答案是“是”，或圈出了以上一个或多个国家，则必须在来我校之前的一年内提供以下信息：

结核病血液检验（建议进行此检验；如果结核病皮试为阳性，则必须进行此检验）
（干扰素释放检验，如 T 细胞斑点试验 阴性 阳性（请附上检验结果）

或者结核菌素皮试：注射日期：____/____/____ 检查日期：____/____/____
月 日 月 日 年

结果：_____mm 阴性 阳性（请附上检查结果）

胸部 X 光检查结果（如果结核病皮试或血液检验为阳性，则必须进行此检查）：

日期：____/____/____ 正常 异常（请附上检查结果）
月 日 年

请将填写好的表格邮寄或传真至戴顿大学健康中心（University of Dayton Health Center）
300 College Park | Dayton, OH 45469-0900 | 电话：937-229-3131 | 传真：937-229-3107