



ダブリン学区

予防接種の免除 Immunization Exemption

Students
5320 F2
Revised 12/1/17
Japanese

- セクションIは保護者や後見人が記入する。
- セクションIIは医療上の免除がある場合に、医療従事者が記入する。
- 記入を完了したら、学校の看護師に提出してください。

I. 保護者/後見人のセクション

子供の氏名: _____ 生年月日: _____

住所: _____ 学校の名前: _____

予防接種義務法 (Ohio Revised Code, Section 3313.67 and 3313.671) に基づき、私は以下の理由により、以下の病気に対する私の子供の予防接種を拒否することを、ここに署名します:

- ポリオ ジフテリア、破傷風、百日咳 (DTP) はしか おたふくかぜ 風疹
 Hib感染症 B型肝炎 百日咳 (Tdap) 水疱瘡 髄膜炎

異議の理由: _____

私は、上記にチェックを入れた伝染病が発生した場合、オハイオ州保健局が要求するように、私の子供は学校からの出席停止/登校禁止の対象となること、また、この出席停止/登校禁止は発生している間、数週間に及ぶ可能性があることを認識しています。

保護者/後見人署名: _____ 日付: _____

ここから下には記入する必要がありません。

II. Health care provider section

Please check contraindicated immunizations for medical exemption.

- Polio Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTP) Measles Mumps Rubella
 Hib Hepatitis-B Tdap Varicella (Chickenpox) Meningococcal

Reason for medical exemption: _____

Time frame for medical exemption: _____

Provider signature/title: _____ Date: _____

(ONLY required when this is a medical exemption)