

... occasions, the parents or guardian cannot be reached.

Accordingly, parents or the guardian agree that the School, through its physicians and other designated personnel, is authorized to provide or to consent to health diagnosis and/or treatment for and of my (our) above-named daughter whether it be medical, dental, psychological, and/or surgical and to release any information to facilitate diagnosis, care, and/or treatment deemed necessary by these designated personnel.

Immunization Agreement


The School requires all students to be compliant with New York State immunization requirements. this includes 2 doses of MMR after the age of 1, 4 Doses of Polio last one after age 4, 2 doses of Varicella after the age of 4, 4 doses of Dtap-one after the age of 4, 3 doses of Hep B with last dose given after 6 months of age, 1 dose of Tdap after age 11 and 1 dose of meningococcal for 9-11th grade and a booster of meningococcal for 12th grade to attend classes, participate in sports, and live on campus.

A student either needs to have all immunizations or submit a Medical Exemption to Immunization Form (Exhibit I) to be compliant. If a student is unable to obtain all New York State required immunizations prior to arriving at the School, the School reserves the right to make arrangements with parents for the student to receive any immunizations required by New York State law. Students who have medical exemptions for immunizations are required to leave campus for the duration of the incubation period of any illness that has a vaccine required by New York State law. Students are allowed to return once the Department of Health has deemed it safe for their reentry.

The Emma Willard Immunization Requirements form must be downloaded, filled out by a physician, and returned to the Emma Willard School Health Center. This form constitutes a permission statement, which must be signed by a parent or guardian. The information in this form is CONFIDENTIAL. I/we have

その他の予防接種

ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備 Remarks
インフル FC020A S北研	19.12.07		山王病院 小児科	0.2 左
インフルエンザ	19.12.22	インフル 北研 306-4	天野 小児科	0.2ml
インフル ①	20.11.21	Fco24A	山王病院 小児科	0.2ml 右
②	20.12.18	インフル 北研 FB010C	AKASAKA SEKIGUCHI CLINIC	0.2ml 右
水痘	21.1.8	水痘 ビケン VZ052	//	0.5ml 左
おたふく風邪ワクチン	9.3.23	おたふく「タケタ」 G203	愛育病院 石井のぞみ	0.5ml 左
インフルエンザ ワクチン A型(H1N1型)②	21.11.18	SL02B	高沢 高沢 紀	
インフル FM004D S北研	09.12.1			
インフルエンザ	2010.10.28	インフル 北研 FB026D	AKASAKA SEKIGUCHI CLINIC	0.2L
①	2010.11.11	インフル 北研 FB029C	//	0.2R
Hepatitis B ① (Heptavax-II) B型肝炎	2016.6.24	ヘプタ 9KS01R Exp. 2017.10.19	PRIMARY CARE TOKYO	② 0.25 (5mg)
インフルエンザ	20.10.10	インフル ビケン HK45D	Bunny Garden	左 0.5ml


ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
ポリオ 不活化ホリオ (Oral Polio Vaccine)	Polio IPV (Imovax) ③ 2016. 6. 24	イモバックス L0049 ポリオ サファイ EXP.17.02.24		④ 0.5
麻疹(はしか) Measles	19.5.11	はしか「タケタ」 F502 0.5ml	天野 小児科	
風しん(三日はしか) (Rubella)	20.3.29	MRビケン MR039	山王病院 小児科	⑤ 右 0.5

日本脳炎 (Japanese Encephalitis)


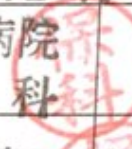
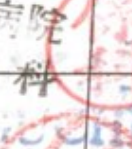

時期 Time	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期初回	① 22.7.31	日脳 Exp. ビケン JR035 2011. 8.25	かただ小児科 クリニック	⑥ 0.5
	② 0.8.30	日脳 Exp. ビケン JR038 2011. 10.22	愛育病院 川崎道子	右 0.5ml
第1期追加	③ 1.8.19	ビケン JR091 2012-12-21	愛育病院 川崎道子	右 0.5ml

予防接種の記録 Immunization Record

BCG

接種年月日 Y/M/D (年齢)	ロット Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
06.10.23		KH072	山王病院 小児科  左

ジフテリア・百日せき・破傷風混合 (DPT)
Diphtheria·Pertussis·Tetanus combined

時期 Time	ワクチンの種類 Vaccine	接種年月日 Y/M/D (年齢)	メーカー/ロット Manufacturer/ Lot No.	接種者署名 Physician	備考 Remarks
第1期 初回	D P T	06.10. - 7	DPT「タケタ」 V022B	山王病院 小児科	 右 0.5
2回	DPT「タケタ」 V024A	06.11.29		山王病院 小児科	 左 0.5
3回	DPT「タケタ」 V027A	07.3.07		山王病院 小児科	 右 0.5
第1期 追加	DPT	2008 2.21	DPT北研 AM003A	SEKIGUCHI CLINIC	 左 0.5ml

○薬剤などのアレルギー記入欄 DPT AM003A
北研 Exp.09.5.13

Immunization Record 予防接種の記録

Tuberculin Skin Test ツベルクリン反応検査						BCG		
Test Date Y/M/D (Age) 実施年月日 (年齢)	Location of test (arm) 注射部位	Physician's Signature 実施者署名	Size of Reaction 反応	Result 判定	Physician's Signature 判定者署名	Immunization Date Y/M/D (Age) 接種年月日 (年齢)	Lot. No. ロット	Physician's Signature 接種者署名
	Left/Right 左右 Upper/Middle/Lower 上中下		mm			10.23 2006	KH 072	
	Left/Right 左右 Upper/Middle/Lower 上中下							

Diphtheria, Pertussis and Tetanus Combined (DPT) ジフテリア・百日せき・破傷風混合 (DPT)

Time 時期	Type of Vaccine ワクチンの種類	Immunization Date Y/M/D (Age) 接種年月日 (年齢)	Manufacturer/Lot No. メーカー/ロット	Physician's Signature 接種者署名	Remarks 備考
1st term 第1期 初回	1st 1回	DPT	10.7.2006		
	2nd 2回	DPT	11.29.2006		
	3rd 3回	DPT	3.7.2007		
1st term 第1期 booster 追加	DPT	2008.1.8	AM003A	AKASAKA SEKIGUCHI CLINIC	0.5ml RT

Record any allergies to drugs or other substances here.

薬剤などのアレルギー記入欄

DPT 2.21.2008