



# Certificate of Immunization Status(CIS)

정자체로 기재하십시오. 양식 작성 방법은 뒷면을 참조하거나

Washington State Immunization Information System (IIS), 워싱턴주 예방 접종 정보 시스템)에서 인쇄하십시오.

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signed COE on File?  Yes  No

<b>자녀의 성:</b>	<b>이름:</b>	<b>중간 이니셜:</b>	<b>생년월일(월/일/년) :</b>
본인은 자녀의 학교/어린이집이 예방 접종 정보를 Immunization Information System에 추가하여 학교가 자녀의 기록을 보관할 수 있도록 허가합니다.		조건부 상태 전용: 본인은 본인의 자녀가 조건부 상태로 학교/어린이집에 입학함을 인정합니다. 본인은 자녀를 계속 재학시키려면 정해진 마감일까지 필요한 예방 접종 서류를 제공해야 합니다. 조건부 상태에 관한 안내는 뒷면을 참조하십시오.	
<b>부모/보호자 서명</b> _____ <b>날짜</b> _____		<b>조건부 상태 입학 시 필수 부모/보호자 서명</b> _____ <b>날짜</b> _____	

▲ 학교 입학 시 필수 ● 어린이집/유치원 입학 시 필수	날짜	날짜	날짜	날짜	날짜	날짜
	월/일/년	월/일/년	월/일/년	월/일/년	월/일/년	월/일/년
<b>학교 또는 어린이집 입학 시 필수 백신</b>						
●▲ DTaP (Diphtheria (디프테리아), Tetanus(파상풍), Pertussis(백일해))						
▲ Tdap (Tetanus (파상풍), Diphtheria (디프테리아), Pertussis (백일해)) (7학년 이상)						
●▲ DT 또는 Td(Tetanus (파상풍), Diphtheria (디프테리아))						
●▲ Hepatitis B (B형 간염)						
● Hib(Haemophilus influenzae type b(B형 헤모필루스 인플루엔자))						
●▲ IPV (Polio(소아마비)) (IPV/OPV(사백신/생백신)의 모든 혼합)						
●▲ OPV (Polio(소아마비))						
●▲ MMR (Measles(홍역), Mumps(유행성이하선염), Rubella(풍진))						
● PCV/PPSV (Pneumococcal(폐렴구균))						
●▲ Varicella (chickenpox(수두)) <input type="checkbox"/> IIS에 의해 확인된 병력						
<b>권장 백신(학교 또는 어린이집 입학 필수 조건 아님)</b>						
Flu (Influenza (독감))						
Hepatitis A (A형 간염)						
HPV (Human Papillomavirus(인체유두종바이러스))						
MCV/MPSV (Meningococcal Disease types A, C, W, Y(A, C, W, Y형 수막구균성 수막염))						
MenB(Meningococcal Disease type B(B형 수막구균성 수막염))						
Rotavirus(로타바이러스)						

**Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)**

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

A verified history of varicella (chickenpox) disease.  
 Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

<input type="checkbox"/> Diphtheria	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Rubella	<input type="checkbox"/> Tetanus	<input type="checkbox"/> Varicella

Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶ \_\_\_\_\_

Licensed Health Care Provider Signature    Date \_\_\_\_\_

▶ \_\_\_\_\_

Printed Name \_\_\_\_\_

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.	Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date: _____ If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.
---	---

## Certificate of Immunization Status (CIS, 예방 접종 증명서) 작성 방법: Immunization Information System에서 인쇄하거나 수기로 작성하십시오.

### 예방 접종 정보가 입력된 양식 인쇄 방법:

담당 의료진 사무실에 Washington State Immunization Information System에 예방 접종 내용을 입력했는지 문의하십시오. 입력한 경우 IIS에서 CIS를 인쇄하도록 의료진 측에 요청하면 자녀의 예방 접종 정보가 자동으로 입력됩니다. <https://wa.myir.net>으로 접속해 MyIR에 가입하고 로그인하여 CIS를 자택에서 인쇄할 수도 있습니다. 담당 의료진이 IIS를 사용하지 않는 경우, Department of Health(보건부)에 이메일 또는 전화로 문의해 자녀의 CIS 사본을 받을 수 있습니다(이메일: [waiisrecords@doh.wa.gov](mailto:waiisrecords@doh.wa.gov), 전화번호: 1-866-397-0337).

### 양식 수기 작성 방법:

1. 자녀의 이름과 생년월일을 인쇄하고, 1페이지의 표시된 곳에 서명하십시오.
2. 완료한 모든 백신 접종 날짜를 날짜란에 기재하십시오(월/일/년 순). 혼합 백신을 접종한 경우(여러 질병을 한 번에 예방하는 접종), 아래의 참조 지침을 사용하여 모든 백신을 정확하게 기록하십시오. 예를 들어, Pediarix를 접종한 경우 Diphtheria(디프테리아), Tetanus(파상풍), Pertussis(백일해)는 DTaP로, Hepatitis B(B형 간염)는 Hep B로, Polio(소아마비)는 IPV로 기록합니다.
3. 자녀가 백신을 접종하지 않고 Chickenpox(Varicella(수두)) 질환을 앓은 경우, 학교 요건을 충족하기 위해 의료진이 수두 질환을 앓은 것을 확인해야 합니다.
  - 담당 의료진이 자녀의 Chickenpox(수두) 병력을 확인할 수 있는 경우, 담당 의료진에게 Documentation of Disease Immunity(질병 면역 서류) 부분의 확인란에 체크하고 양식에 서명하도록 요청하십시오.
  - 교직원들이 IIS에 액세스하여 자녀의 수두 병력을 확인할 수 있는 경우, 백신 부분의 Varicella(수두) 아래 확인란에 체크할 것입니다.
4. 자녀가 혈액 검사(역가)로 면역 양성을 보이는 경우, 담당 의료진에게 Documentation of Disease Immunity부분에 있는 해당 질병의 확인란에 체크하고, 양식에 서명과 날짜를 기재하도록 요청하십시오. 본 CIS와 함께 예방 접종 기록을 제공해야 합니다.
5. 아래 지침에 따라 의학적으로 확인된 기록 증거물을 제공하십시오.

### 허용되는 의료 기록

모든 예방 접종 기록은 의학적으로 확인되어야 합니다. 예시는 아래와 같습니다.

- Washington State Immunization Information System, MyIR 또는 기타 IIS에서 인쇄한 예방 접종 날짜가 기재된 Certificate of Immunization Status(CIS) 양식.
- 의료진 확인 서명이 있는 CIS 작성 완료 출력물.
- 의료진의 서명 또는 인장과 함께 의료진의 전자 건강 기록의 예방 접종 기록이 첨부된 CIS 작성 완료 출력물. 학교 행정관, 보건 교사 또는 지명인은 CIS 상의 날짜가 정확하게 기록되었는지 확인하고 양식에 서명해야 합니다.

### 조건부 상태:

학교 또는 어린이집 입학에 필요한 백신을 접종한다는 조건으로 자녀를 입학시킬 수 있습니다. (백신 연속 투여량은 최소 간격을 두고 확산됨으로 일부 아동은 예방 접종을 마치기 전에 일정 시간을 기다려야 할 수도 있습니다. 그러므로 해당 아동은 다음 필수 백신 투여를 기다리는 동안 입학할 수 있습니다.) 조건부로 학교 또는 어린이집에 입학하려면, 자녀는 입학 전 가능한 모든 백신을 접종해야 합니다.

조건부 학생은 다음 백신 투여량의 최소 유효 날짜에 추가 30일을 더한 기간 동안 학교에 다니며 예방 접종 서류를 제출할 수 있습니다. 학생이 백신 여러 개를 접종해야 하는 경우, 모든 필수 백신의 접종을 완료할 때까지 조건부 상태는 비슷한 방식으로 계속됩니다.

30일 조건부 기간이 만료되었는데 학교나 어린이집에 서류를 제공하지 않은 경우 RCW 28A.210.120에 따라 해당 학생은 더 이상 출석할 수 없습니다. 유효한 서류에는 해당 질병에 대한 면역력이 있다는 증거자료, 예방 접종을 보여주는 의료 기록 또는 작성 완료된 Certificate of Exemption(COE, 면제 증명서) 양식이 포함됩니다.

**Reference guide for vaccine trade names in alphabetical order** For updated list, visit <https://www.cdc.gov/vaccines/terms/usvaccines.html>

Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine	Trade Name	Vaccine
ActHIB	Hib	Fluarix	Flu	Havrix	Hep A	Menveo	Meningococcal	Rotarix	Rotavirus (RV1)
Adacel	Tdap	Flucelvax	Flu	Hiberix	Hib	Pediarix	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (PV5)
Afluria	Flu	FluLaval	Flu	HibTITER	Hib	PedvaxHIB	Hib	Tenivac	Td
Bexsero	MenB	FluMist	Flu	Ipol	IPV	Pentacel	DTaP + Hib +IPV	Trumenba	MenB
Boostrix	Tdap	Fluvirin	Flu	Infanrix	DTaP	Pneumovax	PPSV	Twinrix	Hep A + Hep B
Cervarix	2vHPV	Fluzone	Flu	Kinrix	DTaP + IPV	Prevnar	PCV	Vaqta	Hep A
Daptacel	DTaP	Gardasil	4vHPV	Menactra	MCV or MCV4	ProQuad	MMR + Varicella	Varivax	Varicella
Engerix-B	Hep B	Gardasil 9	9vHPV	Menomune	MPSV4	Recombivax HB	Hep B		

If you have a disability and need this document in another format, please call 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711).

DOH 348-013 November 2019