

เอกสารประวัติการรับฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรค
สำหรับนักศึกษาต่อต่างประเทศ
(กรณารอกเอกสารให้ครบถ้วนและลงลายมือชื่อกำกับโดยแพทย์)

ชื่อนักศึกษา: _____

วันเดือนปีเกิด: _____

สถานที่เกิด(ประเทศ): _____

ที่อยู่ถื่นกำเนิด: _____

ข้อความสำหรับแพทย์: เนื่องจากทางวิทยาลัย West Valley College ได้ให้ความสนใจในสภาพแวดล้อม สุขภาพและความปลอดภัยของนักศึกษาทุกคน จึงใคร่ขอความคิดเห็นทางการแพทย์ว่า นักศึกษาดังกล่าวมีอาการใดๆไม่ว่าจะทางด้านร่างกาย จิตใจ และการรักษาทางการแพทย์ ที่ทางวิทยาลัยควรรับรู้ หากมีกรณารออธิบาย (เช่น โรคหอบ, เบาหวาน)

ประวัติการฉีดวัคซีน (กรณาระบุวันที่)

A. โรคหัด / โรคคางทูม #1. _____ #2. _____ กรุ๊ปเลือด _____

B. โรควัณโรค (ผลการตรวจมีระยะเวลา 60 วัน) _____ ผลการรักษา

:

Negative _____ Positive _____ mm in duration _____

หมายเหตุ หากผลการตรวจเป็นบวก (Positive)

ผู้สมัครจำเป็นต้องเข้ารับการเอกซเรย์ปอดและยื่นใบรายงานผลพร้อมใบสมัคร (ไม่จำเป็นต้องแสดงรูปการเอกซเรย์)

กรณาระบุวันที่ _____

C. โรคบาดทะยัก / โรคคอตีบ (ผลการฉีดวัคซีนมีระยะเวลา 10 ปี)

D. โรคตับอักเสบบ : _____

วัคซีน #1. _____ #2. _____ #3. _____ กรุ๊ปเลือด _____

E. การรับฉีดวัคซีนอื่นๆ _____

หมายเหตุ การรับฉีดวัคซีนข้างต้นเป็นกฎข้อบังคับของ University of California (UC) และ California State University (CSU) สำหรับนักศึกษาที่ต่อการศึกษาต่อในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถเริ่มรับการฉีดวัคซีนก่อนหรือหลังการเข้ามาในประเทศสหรัฐอเมริกาได้
ลายมือชื่อ _____ เลขประจำตัวทางการแพทย์ _____

ชื่อ(ตัวบรรจง) _____ วันที่ _____

ที่อยู่ _____ ตราประทับ:

กรุณาแยกจดหมายฉบับนี้จากใบสมัคร และนำส่งแผนก Health Center: International Student Office, West Valley College, 14000 Fruitvale Ave., Saratoga, CA 95070, USA