



ハワイ州
衛生局
P.O Box 3378
Honolulu, Hawaii 96801-3378

2009年8月1日

保護者の皆様へ：

ハワイ州衛生局は、教育局、ハワイ私立学校協会、ハワイカトリック学校と協力し、この秋も幼稚園から第8学年までの生徒に学校でインフルエンザ（インフル）ワクチンを無料で実施します。インフルワクチンには、注射と鼻スプレー式の両方があります。これら両方のタイプに関する情報（ワクチン情報説明書）を同封いたしました。この説明書をお読みになり、お子様に最も良いと思われるタイプをお選びください。

ワクチンは、2009年10月から12月までお子様の学校で実施されます。特定の日時については、お子様の学校から連絡があります。お子様に学校で無料のインフルワクチンを受けさせるには：

1. お子様を受けさせたいワクチンのタイプを選びます。
鼻スプレー（鼻腔内に投与する生ワクチン）
または
注射（不活性インフルエンザワクチン）
2. 同意書を一通のみ記入します。
鼻スプレー – 黄色の同意書
または
注射 – 緑色の同意書
 - a) 必要な情報を記入します。
 - b) すべての質問に必ず回答してください。
 - c) 同意書に日付を入れ、サインします。
3. **2009年9月11日までに**、全項目を記入したワクチン同意書をお子様の担当教師に提出してください。
4. お子様在学校でワクチンを受けさせたくない場合は、同意書を提出する必要はありません。

予防接種は、各学校につき1回のみ実施されます。2回目のインフルワクチンを受ける必要がある場合（8歳以下のお子様で、インフルワクチンを初めて受ける場合）は、お子様のかかりつけの医師に予約を入れ、2回目のワクチンを受けてください。

学校インフルワクチンプログラムについて質問がございましたら、月曜日～金曜日の午前6時～午後9時にアロハ・ユナイテッドウェイ 2-1-1 までお電話ください。ワクチンはお子様をインフルから守る最も優れた方法です。つきましては、お子様の学校、そして地域社会の健康の確保にぜひご協力をお願いいたします。

Sarah Y. Park, M.D., F.A.A.P
州疫学者

同封物



よくある質問

私の子供は健康ですが、インフルワクチンは必要ですか？

はい。予防接種実施に関する諮問委員会では、年齢が6ヶ月から18歳までの**すべての**子供に毎年インフルワクチンを受けさせることを勧めています。これにより、子供たちがインフルにかかるリスクや医師に診察してもらう必要性、学校での欠席を減らすことができるはずで、また、子供たちの間でインフルの流行を減らすことができれば、その家族や地域でのインフルを減らすこともできる可能性があります。

インフルワクチンはいつ実施されますか？

学校で行われるインフルワクチンの接種は、2009年10月から始まります。プログラムに参加している学校がそれぞれワクチンを実施する日時を指定します。ワクチン実施の日時については、お子様の学校から連絡があります。

子供に学校でインフルワクチンを受けさせるにはどうしたらよいですか？

プログラムへの参加は簡単です！ワクチン情報説明書を読み、お子様に受けさせるインフルワクチンのタイプ（鼻スプレーまたは注射）を選択します。ワクチンのタイプに該当する同意書（鼻スプレーは**黄色**、注射は**緑色**）の全項目に記入・サインし、お子様の学校に提出してください。

同意書を提出した後で、かかりつけの医師で子供がインフルワクチンを受けた場合はどうなりますか？

お子様に再びワクチンが接種されないように、お子様の学校のワクチン実施日前にお子様の同意書を学校に受け取りに行ってください。

インフルワクチンにはチメロサルは含まれていますか？

ブランドによっては含まれています。ほとんどの不活性インフルワクチン（注射ワクチン、「インフル予防注射」と呼ばれるもの）には現在、防腐剤としてごく少量のみのチメロサルが含まれています。鼻スプレー式のインフルワクチンには、チメロサルは含まれていません。

子供にチメロサルを含むインフルワクチンを受けさせることは安全ですか？

ワクチンに含まれる少量のチメロサルの有害性に対する科学的な証拠はありません。以下のウェブサイト追加情報が記載されています。米食品医薬品局 (<http://www.fda.gov/cber/vaccine/thimerosal.htm#1>) または米疾病管理予防センター (<http://www.cdc.gov/nip/vacsafe/concerns/thimerosal/faqs-thimerosal.htm>)。

ハワイ予防接種登録とは何ですか？

ハワイ予防接種登録 (Hawaii Immunization Registry) とは、患者の予防接種記録を保存・追跡し、その情報が医師や看護師、権限を与えられたその他の医療従事者のみに利用されるようにする、安全なコンピュータシステムです。詳しい情報は、ハワイ予防接種登録ウェブサイト (<http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.html>) をご覧になるか、(808) 586-4665 (オアフ島) または 1-888-447-1023 (その他の島) までお電話ください。

学校インフルワクチンプログラムに関する追加情報は、www.stopfluatschool.com をご覧になるか、月曜日～金曜日の午前6時～午後9時にアロハ・ユナイテッドウェイ 2-1-1 までお電話ください。

以下をお忘れなく：

- お子様を受けさせたいインフルワクチンのタイプを選択します。
- 同意書を**一通のみ**記入します（鼻スプレーは**黄色**、注射は**緑色**）。
- すべての質問に回答します。
- 用紙に日付を入れ、サインします。
- 2009年9月11日**までに、同意書をお子様の学校に提出します。

	ENGLISH	TRANSLATION
1.	STUDENT Vaccination Consent Form	児童・生徒ワクチン同意書
2.	Flu SHOT	インフル予防注射
3.	Student's Name (Last)	児童・生徒の氏名 (姓)
4.	(First)	(名)
5.	M.I.	ミドルネーム (イニシャル)
6.	Student date of birth	児童・生徒の生年月日
7.	Age in years	年齢
8.	PARENT'S/GUARDIAN'S NAME (Last)	保護者/後見人の氏名 (姓)
9.	STUDENT'S GENDER	児童・生徒の性別
10.	Select one	1つ選択
11.	MALE	男
12.	FEMALE	女
13.	ADDRESS	住所
14.	CITY	市
15.	ZIP	ジップコード
16.	DAYTIME PHONE NUMBER: HOME PHONE: CELL PHONE:	日中の電話番号: 自宅電話番号: 携帯電話番号:
17.	HOMEROOM TEACHER'S NAME (Last, first)	担当教師の氏名 (姓、名)
18.	SCHOOL NAME	学校名
19.	GRADE	学年
20.	STUDENT'S DOCTOR'S NAME (Last, first)	児童・生徒のかかりつけ医師の氏名 (姓、名)
21.	STUDENT'S HEALTH INSURANCE	児童・生徒の健康保険
22.	The "Stop Flue at School" program is FREE .	「Stop Flu at School (学校インフル流行阻止)」プログラムは 無料 です。
23.	Your insurance will NOT be billed.	健康保険会社には、料金は請求 されません 。
24.	Private	私保険
25.	No insurance	保険なし
26.	Not sure	わからない
27.	Other:	その他:
28.	Hawaii Immunization Registry Consent (See reverse side for information) (Select one)	ハワイ予防接種登録への同意 (詳細は裏面を参照) (1つ選択)
29.	I allow my child's vaccination record to be entered into the Hawaii Immunization Registry and made available to my child's doctor, the Department of Health, and other Registry Users for authorized purposes.	私は、私の子供の予防接種記録をハワイ予防接種登録に掲載し、子供の医師、衛生局、および承認されている目的で登録を使用するその他の使用者が、それを利用できるようにすることに同意します。
30.	I do not allow my child's vaccination record to be entered into the Hawaii Immunization Registry.	私は、私の子供の予防接種記録をハワイ予防接種登録に掲載することを許可しません。
31.	The following questions will help us to determine if your child may receive the Flu Shot (inactivated influenza vaccine). Please select YES or NO for each question.	以下の質問は、お子様が インフル予防注射 (不活性インフルエンザワクチン) を受けられるかどうかの判断に役立ちます。各質問につき、「はい」または「いいえ」を選択してください。

32	YES	はい
33	NO	いいえ
34	1. Has your child ever had a serious allergic reaction to eggs or to a component of any flu vaccine?	1. お子様は、今までに、卵やインフルワクチンの成分に重度のアレルギー反応を起こしたことがありますか。
35	2. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	2. お子様は、これまでに受けたインフルワクチンに対して重度の反応を起こしたことがありますか。
36	3. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a serious nervous system disorder)?	3. お子様は、ギラン・バレー症候群（重度の神経系障害）にかかったことがありますか。
37	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
38	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
39	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
40	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
41	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
42	If you answered YES to any questions, left any questions blank, or you are unsure of the answer to any of the above questions, your child will <u>not</u> receive the Flu Shot (inactivated influenza vaccine) through the school vaccination program (please talk to your child's doctor).	いずれかの質問に「はい」と回答した場合、または回答しなかった場合、あるいは上記の質問のいずれかの回答がわからない場合は、お子様は学校ワクチンプログラムでインフル予防注射（不活性インフルエンザワクチン）を受けることができません（お子様のかかりつけ医師にご相談ください）。
43	CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION: I have received and read the 2009-10 Vaccine Information Statement for Influenza Vaccine. I understand the risks and benefits, and give consent to the State of Hawaii Department of Health and its authorized staff for my child, named at the top of this form, to receive the Flu Shot . My signature also certifies my decision regarding the Hawaii Immunization Registry as indicated above. In addition, I consent to having information regarding my child's influenza vaccination shared with my child's doctor and my child's health insurance company.	お子様のワクチン接種の同意： 私は、2009～10年度インフルエンザワクチンのワクチン情報説明書を受け取り、これを読みました。私は、リスクと利点を理解した上で、上記に氏名が明記されている私の子供が インフル予防注射 を受けることについて、ハワイ州衛生局とそれに権限を与えられた職員に対し承諾を与えます。また私のサインによっても、上記に明記されるようにハワイ予防接種登録に関する私の決定を証明します。さらに私は、私の子供のインフルエンザワクチンに関する情報を、子供の医師と子供の健康保険会社に開示することに同意します。
44	Signature/Parent or Legal Guardian	サイン/保護者または法定後見人
45	Date	日付
46	For Administrative Use Only	管理者事務使用欄
47	Vaccine	ワクチン
48	Date dose administered	投与日
49	Route	投与方法
50	Vaccine manufacturer	ワクチン製造元
51	Lot number	ロット番号
52	Expiration date	使用期限
53	Date of VIS publication	ワクチン情報説明書出版日
54	Name, address, & title of vaccine administrator	ワクチン投与者の氏名/住所/肩書

55	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
56	NOT ON THIS FORM	本用紙にはなし
57	Reason FLU SHOT NOT given:	インフル予防注射 が投与されなかった理由:
58	Student had temperature of 100.5° or higher	生徒の体温が 100.5°F (38.06) 以上だった。
59	Student refused Flu Shot	児童・生徒が インフル予防注射 を拒否した。
60	Student's consent form incomplete	児童・生徒の同意書の記入が不完全だった。
61	Student absent	児童・生徒が欠席だった。
62	Hawaii Department of Health	ハワイ州衛生局
63	April 27, 2009	2009年4月27日
64	HAWAII IMMUNIZATION REGISTRY INFORMATION	ハワイ予防接種登録について
65	The Hawaii Immunization Registry (or "Registry") is a secure computer system that stores individual immunization records. Doctors, nurses, and other healthcare workers can use the Registry to access your child's immunization record. The Registry is a free service of the Hawaii State Department of Health for people living in Hawaii.	ハワイ予防接種登録（以降「予防接種登録」）は、個人の予防接種記録を保管する、安全なコンピュータシステムです。医師や看護師、その他の医療従事者は、この予防接種登録を使ってお子様の予防接種記録にアクセスできます。予防接種登録は、ハワイ州衛生局がハワイ州民に無料で提供するサービスです。
66	How does the Registry work? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doctors and nurses (Registry authorized users) can store information in the Registry. The information is used to make sure your child's immunization record is up to date. This information may include: ▪ Child's name ▪ Date of birth ▪ Gender ▪ Mailing address ▪ Immunization record 	予防接種登録の仕組みは？ <ul style="list-style-type: none"> ▪ 医師や看護師（予防接種登録の使用権限を与えられた者）は予防接種登録に情報を保管できます。情報は、お子様の予防接種記録が最新のものであることを確認するために使用されます。この情報には以下が含まれることがあります。 ▪ お子様の氏名 ▪ 生年月日 ▪ 性別 ▪ 郵送先住所 ▪ 予防接種記録
67	How does the Registry help doctors and nurses? <ol style="list-style-type: none"> 1. The Registry will help your child's doctor or nurse: 2. View your child's immunization record. This is especially helpful if you change clinics or doctors. 3. Check which immunizations are needed at each visit. 4. Print out a current Hawaii Immunization Record. <p>In times of emergency or disaster, the Registry can give important information to healthcare workers.</p>	予防接種登録は、医師や看護師にどのように役立ちますか？ <ol style="list-style-type: none"> 1. 予防接種登録は、お子様の医師や看護師が以下を行うために役立ちます。 2. お子様の予防接種記録を閲覧する。これは、診療所やかかりつけの医師を変更した場合に特に役立ちます。 3. 受診ごとに必要な予防接種が何かを確認する。 4. 最新のハワイ予防接種記録を印刷する。 <p>緊急時や災害時には、予防接種登録は医療従事者に重要な情報を提供することができます。</p>
68	How does the Registry help you and your family? <ul style="list-style-type: none"> ▪ The Registry helps make sure your 	予防接種登録は、私や家族にどのように役立ちますか？

	<p>child:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doesn't miss any immunizations or does not get too many <ul style="list-style-type: none"> ▪ Has all of the immunizations needed to: ▪ Start day care, school, or college ▪ Sign-up for camp or sports programs ▪ Prepare for stays in the hospital or long-term care facility ▪ Work in certain jobs, such as those in the healthcare sector 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 予防接種登録はお子様以下のように役立ちます。 ▪ 予防接種を受け忘れてたり、多く受け過ぎないようにする。 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 以下に必要なすべての予防接種を受けるようにする。 ▪ デイケア、学校、大学の入学 ▪ キャンプやスポーツプログラムへの参加登録 ▪ 病院入院や長期医療看護施設入所の準備 ▪ ヘルスケア部門など特定の職業への就職
69	<p>Your Rights:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ You can choose to include or not include your child's immunization record information in the Registry. ▪ You can change your mind at any time about your decision regarding the Registry. ▪ You can work with your doctor to check your child's immunization record for errors. 	<p>あなたの権利：</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ お子様の予防接種記録情報を予防接種登録に含めるか、または含めないかを選択できます。 ▪ 予防接種登録に関する自分の決定事項をいつでも変更できます。 ▪ 医師と協力して、お子様の予防接種記録に誤りがないか確認できます。
70	<p>Your decision to include or not include your child's immunization record in the Registry will not affect whether or not he or she receives immunizations.</p>	<p>お子様の予防接種記録を予防接種登録に含めるか、含めないかの決定は、お子様が予防接種を受けられるかどうかには影響しません。</p>
71	<p>If you have questions or would like to check or correct your child's record, you can talk to your doctor, call the Department of Health Immunization Branch at 586-4665 (Oahu) or 1-888-447-1023 (neighbor islands), e-mail your question to: RegistryHelp@doh.hawaii.gov, or visit our website at: http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.html.</p>	<p>質問がある場合、またはお子様の記録の確認や訂正をご希望の場合は、かかりつけの医師にご相談になるか、衛生局予防接種課（オアフ島：586-4665、その他の島：1-888-447-1023）までお電話ください。また、ご質問は RegistryHelp@doh.hawaii.govまでEメールを送信するか、当局のウェブサイト http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.htmlをご覧ください。</p>
72	Site	接種局部
73	RA	右腕
74	LA	左腕
75	IM	筋肉内投与
76	Inactivated influenza vaccine	不活性インフルエンザワクチン

	ENGLISH	TRANSLATION
1.	STUDENT Vaccination Consent Form	児童・生徒ワクチン同意書
2.	Flu Nasal Spray	インフル鼻スプレー
3.	Student's Name (Last)	児童・生徒の氏名 (姓)
4.	(First)	(名)
5.	M.I.	ミドルネーム (イニシャル)
6.	Student date of birth	児童・生徒の生年月日
7.	Age in years	年齢
8.	PARENT'S/GUARDIAN'S NAME (Last)	保護者/後見人の氏名 (姓)
9.	STUDENT'S GENDER	児童・生徒の性別
10.	Select one	1つ選択
11.	MALE	男
12.	FEMALE	女
13.	ADDRESS	住所
14.	CITY	市
15.	ZIP	ジップコード
16.	DAYTIME PHONE NUMBER: HOME PHONE: CELL PHONE:	日中の電話番号: 自宅電話番号: 携帯電話番号:
17.	HOMEROOM TEACHER'S NAME (Last, first)	担当教師の氏名 (姓、名)
18.	SCHOOL NAME	学校名
19.	GRADE	学年
20.	STUDENT'S DOCTOR'S NAME (Last, first)	児童・生徒のかかりつけ医師の氏名 (姓、名)
21.	STUDENT'S HEALTH INSURANCE	児童・生徒の健康保険
22.	The "Stop Flue at School" program is FREE .	「Stop Flu at School (学校インフル流行阻止)」プログラムは 無料 です。
23.	Your insurance will NOT be billed.	健康保険会社には、料金は請求 されません 。
24.	Private	私保険
25.	No insurance	保険なし
26.	Not sure	わからない
27.	Other:	その他:
28.	Hawaii Immunization Registry Consent (See reverse side for information) (Select one)	ハワイ予防接種登録への同意 (詳細は裏面を参照) (1つ選択)
29.	I allow my child's vaccination record to be entered into the Hawaii Immunization Registry and made available to my child's doctor, the Department of Health, and other Registry Users for authorized purposes.	私は、私の子供の予防接種記録をハワイ予防接種登録に掲載し、子供の医師、衛生局、および承認されている目的で登録を使用するその他の使用者が、それを利用できるようにすることに同意します。
30.	I do not allow my child's vaccination record to be entered into the Hawaii Immunization Registry.	私は、私の子供の予防接種記録をハワイ予防接種登録に掲載することを許可しません。
31.	The following questions will help us to determine if your child may receive the Flu Nasal Spray (live, intranasal influenza vaccine). Please select YES or NO for each question.	以下の質問は、お子様が インフル鼻スプレー (鼻腔内に投与する生ワクチン) を受けられるかどうかの判断に役立ちます。各質問につき、「 はい 」または「 いいえ 」を選択してください。
32.	YES	はい
33.	NO	いいえ

JAPANESE

34.	1. Has your child ever had a serious allergic reaction to eggs or to a component of any flu vaccine?	1. お子様は、今までに、卵やインフルワクチンの成分に重度のアレルギー反応を起こしたことがありますか。
35.	2. Has your child ever had a serious reaction to a previous dose of flu vaccine?	2. お子様は、これまでに受けたインフルワクチンに対して重度の反応を起こしたことがありますか。
36.	3. Has your child ever had Guillain-Barré Syndrome (a serious nervous system disorder)?	3. お子様は、ギラン・バレー症候群（重度の神経系障害）にかかったことがありますか。
37.	4. Does your child have a long-term health problem such as heart disease, kidney disease, lung disease such as asthma, metabolic disease such as diabetes, or blood disorders such as anemia?	4. お子様には、心臓病や腎臓病、肺病（喘息など）、代謝性疾患（糖尿病など）、血液疾患（貧血など）など、長期的な健康問題がありますか。
38.	5. Does your child have a weakened immune system caused by cancer, cancer treatment such as x-rays or drugs, HIV/AIDS, or other disorder; is your child taking other drugs such as steroids that weaken the immune system?	5. お子様は、がんや、がんの治療（X線や薬など）、HIV/エイズ、またはその他の疾患のために、免疫力が低下していますか。お子様は免疫力を低下させるようなステロイドなどのその他の薬を服用していますか。
39.	6. Does your child live with or have close contact with anyone with a severely weakened immune system requiring care in a protected environment?	6. お子様は、重度に免疫力が低下しているために保護された環境内での治療を必要とする人と住んでいるか、またはそのような人と密接な接触がありますか。
40.	7. Is your child receiving aspirin or other aspirin-containing medication?	7. お子様は、アスピリンや、アスピリンが含まれたその他の薬を服用していますか。
41.	8. Is your child taking any prescription medicines to prevent or treat flu (i.e. Tamiflu® or Relenza®)?	8. お子様は、インフルを予防、または治療するための処方箋薬（例えば、タミフルやレレンザ）を服用していますか。
42.	If you answered YES to any questions, left any questions blank, or you are unsure of the answer to any of the above questions, your child will <u>not</u> receive the Flu Nasal Spray through the school vaccination program, but may be able to receive a Flu Shot (see GREEN Flu Shot Consent Form).	いずれかの質問に「はい」と回答した場合、または回答しなかった場合、あるいは上記の質問のいずれかの回答がわからない場合は、お子様は学校ワクチンプログラムでインフル鼻スプレーを受けることができません。ただし、インフル予防注射（緑色のインフル予防注射同意書を参照）は受けられる場合があります。
43.	CONSENT FOR CHILD'S VACCINATION: I have received and read the 2009-10 Vaccine Information Statement for Influenza Vaccine. <i>The Flu Nasal Spray should not be given within 4 weeks of a MMR (measles/mumps/rubella) or varicella (chickenpox) vaccine, so I will inform my child's doctor that my child will be receiving a Flu Nasal Spray vaccine at school between October – December 2009.</i> I understand the risks and benefits, and give consent to the State of Hawaii Department of Health and its authorized staff for my child, named at the top of this form, to receive the Flu Nasal Spray . My signature also certifies my decision regarding the Hawaii Immunization Registry as indicated above. In addition, I consent to having information regarding my child's influenza vaccination shared with my child's doctor and my child's health insurance company.	お様のワクチン接種の同意：私は、2009～10年度インフルエンザワクチンのワクチン情報説明書を受け取り、これを読みました。MMR（はしか/おたふくかぜ/風疹）または水痘（みずぼうそう）のワクチンを受けた場合、その後4週間はインフル鼻スプレーを受けることができないため、子供のかかりつけの医師には2009年10月から12月までに子供が学校でインフル鼻スプレーを受けることを知らせます。私は、上記に氏名が明記されている私の子供がインフル鼻スプレーを受けることについて、リスクと利点を理解した上でハワイ州衛生局とそれに権限を与えられた職員に対し承諾を与えます。また私のサインによっても、上記に明記されるようにハワイ予防接種登録に関する私の決定を証明します。さらに私は、私の子供のインフルエンザワクチンに関する情報を、子供の医師と子供の健康保険会社に開示することに同意します。
44.	Signature/Parent or Legal Guardian	サイン/保護者または法定後見人
45.	Date	日付

46.	For Administrative Use Only	管理者事務使用欄
47.	Vaccine	ワクチン
48.	Date dose administered	投与日
49.	Route	投与方法
50.	Vaccine manufacturer	ワクチン製造元
51.	Lot number	ロット番号
52.	Expiration date	使用期限
53.	Date of VIS publication	ワクチン情報説明書出版日
54.	Name, address, & title of vaccine administrator	ワクチン投与者の氏名/住所/肩書
55.	Live, intranasal influenza vaccine	鼻腔内に投与する生ワクチン
56.	Intranasal	鼻腔内
57.	Reason Flu Nasal SPRAY NOT given:	インフル鼻スプレーが投与されなかった理由:
58.	Student had temperature of 100.5° or higher	児童・生徒の体温が 100.5°F (38.06) 以上だった。
59.	Student refused Flu Nasal Spray	児童・生徒がインフル鼻スプレーを拒否した。
60.	Student's consent form incomplete	児童・生徒の同意書の記入が不完全だった。
61.	Student absent	児童・生徒が欠席だった。
62.	Hawaii Department of Health	ハワイ州衛生局
63.	April 27, 2009	2009年4月27日
64.	HAWAII IMMUNIZATION REGISTRY INFORMATION	ハワイ予防接種登録について
65.	The Hawaii Immunization Registry (or "Registry") is a secure computer system that stores individual immunization records. Doctors, nurses, and other healthcare workers can use the Registry to access your child's immunization record. The Registry is a free service of the Hawaii State Department of Health for people living in Hawaii.	ハワイ予防接種登録（以降「予防接種登録」）は、個人の予防接種記録を保管する、安全なコンピュータシステムです。医師や看護師、その他の医療従事者は、この予防接種登録を使ってお子様の予防接種記録にアクセスできます。予防接種登録は、ハワイ州衛生局がハワイ州民に無料で提供するサービスです。
66.	How does the Registry work? Doctors and nurses (Registry authorized users) can store information in the Registry. The information is used to make sure your child's immunization record is up to date. This information may include: Child's name Date of birth Gender Mailing address Immunization record	予防接種登録の仕組みは？ 医師や看護師（予防接種登録の使用権限を与えられた者）は予防接種登録に情報を保管できます。情報は、お子様の予防接種記録が最新のものであることを確認するために使用されます。この情報には以下が含まれることがあります。 お子様の氏名 生年月日 性別 郵送先住所 予防接種記録
67.	How does the Registry help doctors and nurses? The Registry will help your child's doctor or nurse: View your child's immunization record. This is especially helpful if you change clinics or doctors. Check which immunizations are needed at each visit.	予防接種登録は、医師や看護師にどのように役立ちますか？ 予防接種登録は、お子様の医師や看護師が以下を行うために役立ちます。 お子様の予防接種記録を閲覧する。これは、診療所やかかりつけの医師を変更した場合に特に役立ちます。 受診ごとに必要な予防接種が何かを確認す

	<p>Print out a current Hawaii Immunization Record.</p> <p>In times of emergency or disaster, the Registry can give important information to healthcare workers.</p>	<p>る。 最新のハワイ予防接種記録を印刷する。</p> <p>緊急時や災害時には、予防接種登録は医療従事者に重要な情報を提供することができます。</p>
68.	<p>How does the Registry help you and your family?</p> <p>The Registry helps make sure your child: Doesn't miss any immunizations or does not get too many Has all of the immunizations needed to: Start day care, school, or college Sign-up for camp or sports programs Prepare for stays in the hospital or long-term care facility Work in certain jobs, such as those in the healthcare sector</p>	<p>予防接種登録は、私や家族にどのように役立ちますか？</p> <p>予防接種登録はお子様以下のように役立ちます。 予防接種を受け忘れたり、多く受け過ぎないようにする。 以下に必要なすべての予防接種を受けるようにする。 デイケア、学校、大学の入学 キャンプやスポーツプログラムへの参加登録 病院入院や長期医療看護施設入所の準備 ヘルスケア部門など特定の職業への就職</p>
69.	<p>Your Rights:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. You can choose to include or not include your child's immunization record information in the Registry. 2. You can change your mind at any time about your decision regarding the Registry. 3. You can work with your doctor to check your child's immunization record for errors. 	<p>あなたの権利:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. お子様の予防接種記録情報を予防接種登録に含めるか、または含めないかを選択できます。 2. 予防接種登録に関する自分の決定事項をいつでも変更できます。 3. 医師と協力して、お子様の予防接種記録に誤りがないか確認できます。
70.	<p>Your decision to include or not include your child's immunization record in the Registry will not affect whether or not he or she receives immunizations.</p>	<p>お子様の予防接種記録を予防接種登録に含めるか、含めないかの決定は、お子様が予防接種を受けられるかどうかには影響しません。</p>
71.	<p>If you have questions or would like to check or correct your child's record, you can talk to your doctor, call the Department of Health Immunization Branch at 586-4665 (Oahu) or 1-888-447-1023 (neighbor islands), e-mail your question to: RegistryHelp@doh.hawaii.gov, or visit our website at: http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.html.</p>	<p>質問がある場合、またはお子様の記録の確認や訂正をご希望の場合は、かかりつけの医師にご相談になるか、衛生局予防接種課（オアフ島：586-4665、その他の島：1-888-447-1023）までお電話ください。また、ご質問は RegistryHelp@doh.hawaii.govまでEメールを送信するか、当局のウェブサイト http://hawaii.gov/health/family-child-health/immunization/registry/index.htmlをご覧ください。</p>