

自分のCAIRレコードをロックまたはロック解除する要求

以下の該当する箇所にチェックマーク (✓) を付けてください:

氏名:	患者との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親/保護者
患者名:	患者の住所:
患者の生年月日:	郵便番号/都道府県:
	電話番号:

自分のCAIRレコードをロックする

- 私は、カリフォルニア州予防接種登録 (CAIR) 内の私 / 私の子供の予防接種 / 結核スクリーニング検査記録が、他の医療供給者、医療機関、または学校と共有されることを拒否します。*

* 注: 予防接種 / 結核スクリーニング検査は、貴方様の医師の事務所が使用する目的で、やはり登録内に記録されます。法律により、公衆衛生の緊急事態の場合、公衆衛生の職員もまた予防接種 / 結核試験記録を閲覧することが可能です。

自分のCAIRレコードのロックを解除する

- 私は、CAIR 内の私 / 私の子供の予防接種 / 結核スクリーニング検査記録が、他の医療供給者、医療機関、または学校と共有されることを許可します。

注意してください：あなたの子供の記録のコピーを要求するために、リリースのためのCAIR承認フォームに記入してください。

自分の記録にアクセスしたCAIRユーザーのリストを表示したい患者は、1-800-578-7889またはCAIRHelpDesk@cdph.ca.govにあるCAIRヘルプデスクに連絡してください。

署名:	日付:
-----	-----

For office use only (事務局用):

Fax this form to the California Immunization Registry (CAIR) at: 888-436-8320