

UIUC 疫苗&体检全攻略

萌萌 Master of HR

2013 spring

想到要出国学习，很多同学都知道签证和I-20的重要性，我们往往提前很多时间就开始准备签证所需的材料及问题。但是，关于体检方面的知识，可能比较少同学了解得很全面。今天早上，我已经在家乡的出国健康中心体检完毕了，三天后就可以拿到我的“小黄本”和“小红本”啦！在这里，萌萌特别为UIUC的同学们准备了体检的相关知识。

这里的信息我会做到尽量全面，如果有需要补充的地方，也请大家悉心指出：)

出国体检的第一步——我了解学校的要求吗？



McKINLEY HEALTH CENTER
UNIVERSITY OF ILLINOIS AT URBANA-CHAMPAIGN

UIUC的体检表格就在McKinley Health Center里面可以找到，据作者求证，共有两个文件：

1. ImmunHisMedHis Form

顾名思义，这个表格由两部分组成：

第一页为Immunization History（疫苗接种历史记录）面标有必须注射和推荐注射的疫苗种类和注射，需要给检疫处的医生填写，简称**疫苗表**。第二页为Medical History（个人健康史登记表），这个表需要你报告之前得过的病症，还有家庭成员的健康状况，完全是自己填，简称**病史表**。

下图是最第一页中重要的：必须接种的疫苗清单。

IMMUNIZATIONS REQUIRED BY ILLINOIS LAW (dates required)					
Licensed Provider: Complete Immunization documentation or attach signed physician/school immunizations.					
■ MEASLES-MUMPS-RUBELLA – 2 shots against measles, 1 shot against rubella, and 1 shot against mumps (2 recommended)					
MMR (strongly recommended) 2 doses at least 28 days apart AND after 12 months of age AND both given after 12/31/1967	1	OR	MEASLES (Rubeola) 2 doses at least 28 days apart AND after 12 months of age AND both given after 12/31/1967.	1	Documentation of dates of disease serves as acceptable evidence of immunity against measles and mumps, but not rubella. <input type="checkbox"/> Required documentation attached.
	mm/dd/yy			mm/dd/yy	
	2			2	
	mm/dd/yy			mm/dd/yy	
Positive serum titers are also acceptable proof of immunity against measles, mumps and rubella. <input type="checkbox"/> Required lab report attached.			MUMPS after 12 months of age	1	
			RUBELLA after 12 months of age	1	
				mm/dd/yy	
■ TETANUS-DIPHTHERIA-PERTUSSIS (DPT, DTP, DT, DTaP, Td, Tdap)					
Domestic students: record of at least one tetanus/diphtheria shot within 10 years of enrollment is required.					
International students: record of at least three tetanus/diphtheria shots, one within 10 years of enrollment, is required.					
1 <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTP mm/dd/yy		2 <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTP mm/dd/yy		3 <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTP mm/dd/yy	

为了看懂这个表格，首先咱们来了解一下一些医学名词吧，嘿嘿。

MMR = 麻风腮 = 麻疹、腮腺炎、风疹

Measles = 麻疹

Mumps = 腮腺炎

Rubella = 风疹

DTaP/DTP/TD = 白百破 = 白喉、百日咳、破伤风

前面带有“■”标志的是必须接种的疫苗“套餐”，大家从表上可以看出，咱们学校强制大家使用两个套餐。

第一个套餐：MMR（麻风腮）综合疫苗接种两次，或者，Measles疫苗接种两次+Mumps疫苗一次+Rubella疫苗一次。

第二个套餐：白百破疫苗接种三次，并且最后一针要在10年内。
（作者小时候已经打完三针，但是最后一针是96年打的，所以今天又补了一针白百破，T_T）

下图是第二页的核心部分，当然啦，是由我们自己填写。如果之前有过清单中的疾病，请在疾病前面的方框里打勾，如果你非常健康，没有任何病史，记得在我用红框圈出的这个方框里打勾哦。

Personal Health History Please check conditions/diseases you have had. If none apply, check this box ☐

General <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Chronic Fatigue <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Eating Disorder <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Obesity <input type="checkbox"/> Sleeping Disorder Cardiovascular	Head / Ears / Eyes / Nose / Throat <input type="checkbox"/> Chronic Ear Infections <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Hearing Impairment <input type="checkbox"/> Nasal Disorders/Trauma <input type="checkbox"/> Oral/Mouth Disorder <input type="checkbox"/> Visual Impairment Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Celiac Disease <input type="checkbox"/> Crohn Disease <input type="checkbox"/> Diverticulosis	Genital Disorders / Genitourinary <input type="checkbox"/> Hernias <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Kidney Stones <input type="checkbox"/> Menstrual Disorder <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infections Infectious Diseases <input type="checkbox"/> Chickenpox (Varicella) <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C (Please circle) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Infection	Musculoskeletal <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Fibromyalgia <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Skeletal Disorder Neurological <input type="checkbox"/> Congenital/Spinal Cord Injury <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Seizures Skin <input type="checkbox"/> Acne <input type="checkbox"/> Eczema
--	--	---	---

2. Tuberculosis (TB) Screening

这个表格，也是由我们自己填写的，主要是Yes & No问答形式。问的问题也是关于你有没有得过结核病，以及有没有做过一些和结核病相关联的测试，依据实际情况回答就行了。

下图是截取的典型问题。

Have you ever taken medicine for TB? ----- ☐ No ☐ Yes
If yes, when? _____ What kind of medicine? _____
How long? _____

Have you ever had the QuantiFERON-TB Gold Test? ----- ☐ No ☐ Yes
If yes, when _____ Results: ☐ Negative OR ☐ Positive

最后注意：将疫苗表打印出来，这是你在体检和疫苗过程中需要出示的表格。

出国体检的第二步——去哪里做体检呢？

一般来说，咱们出国的体检和疫苗，需要去国际旅行卫生保健中心（中国检验检疫局下属）办理，而各省卫生保健中心的地址我会列在下面：

各省旅行健康中心地址和电话（转自寄托）

- 北京国际旅行卫生保健中心
地址：北京市东城区和平里北街20 号
20 North Street , He Pingli, Dongcheng District, Beijing
TEL: 010—64274239 FAX : 010—64299503
Executive Director (主任) : 郭辉13901012606
IMAMT Coordinators (联系人) : 王飞13501005002

• 河北国际旅行卫生保健中心

地址：河北省石家庄市和平西路326 号（ 050051 ）
No326, Heping West Road Shijiazhuang , HeBei
TEL: 0311—7043590
IMAMT Coordinators(联系人)：刘祥民0311—7043590
任建国0311—3407898

• 天津国际旅行卫生保健中心

地址：河西区浦口道6 号
No 6 Pukou Road , HeXi District
TEL: 022—83326942
Executive Director(主任)：刘德宝13920037362
IMAMT Coordinators(联系人)：祁军13752253612

• 山西国际旅行卫生保健中心

地址：太原市漪汾街8 号（ 030024 ）
No 8 Yifen Street, TaiYuan
TEL: 0351—7054945 FAX: 0351—7830144
Executive Director(主任)：乔东升7068327 / 13073518406
IMAMT Coordinators(联系人)：同上

• 黑龙江国际旅行卫生保健中心

地址：哈尔滨市香坊区赣水路9 号（在省政府～天鹅饭店两站地之间）
TEL:0451-82337601
Executive Director(主任)：关承春82330878

• 吉林国际旅行卫生保健中心

地址：长春市绿园区普阳街1301 号
No1301, Puyang Street , Luyuan District, ChangChun
TEL: 0431—7607224, 7607222 FAX: 0431—7607234, 7693479(局)
Executive Director(主任)：谢兵0431—7694687
IMAMT Coordinators(联系人)：高晓云0431—5655120 , 13039313843

• 沈阳国际旅行卫生保健中心

地址：沈阳市沈河区大南街433 号
No 433 DaNan Street , ShenHe District ShenYang
TEL: 024—24192122, 24192743, 88851789(节假日) FAX: 024—24192205
Executive Director(主任)：吴刚024—24192205
IMAMT Coordinators(联系人)：李旭13998284505 , 张明024—24192122 ,
13940030979

• 内蒙古国际旅行卫生保健中心

地址：新城区八一路2 号
No 2 BaYi Road , XinCheng District

TEL: 0471—4344384 FAX: 0471—4342906

Executive Director(主任) : 孙志0471—6510981 , 13327113897

IMAMT Coordinators(联系人) : 谢丽华0471—6510982 , 13847110938

• 上海国际旅行卫生保健中心

地址: 上海市金浜路15 号

15 JinBang Road , ShangHai

TEL: 021—62686171 FAX: 021—62686286

Executive Director(主任) : 朱锦德021—62687549

ZHOU XIN 13061681331

• 浙江国际旅行卫生保健中心

地址: 中河中路230 号

No 230 Zhonghezhong Road , ZheJiang

TEL: 0571—87852410 FAX:0571—87048332

Executive Director(主任): 汪晓春0571—87048331 , 13905816126

IMAMT Coordinators(联系人) : 瞿琪13588122970

• 宁波国际旅行卫生保健中心

地址: 柳汀街336 号(妇儿医院正对面)

No 336 LiuTing Street , NingBo

TEL: 0574—87163322,87153322 FAX: 0574—87169600

Executive Director(主任) : 周主任0574—87141365

• 连云港国际旅行卫生保健中心

地址: 江苏省连云港市中山路339 号

No 339 ZhongShan Road LianYunGang

TEL: 0518—2319687 FAX : 0581—2320120

Executive Director(主任) : 王绪发13056080172

• 南京

江苏省国际旅行卫生保健中心电话是52345700

地址: 白下路1 号

• 山东国际旅行卫生保健中心

地址: 青岛市福州南路85 号

No85 South Fuzhou Road, Qingdao, ShanDong

TEL: 0532-80887797 (体检) 80887707 (预防接种) FAX: 0532--2861419

Executive Director(主任) : 于杰0532—8689310

IMAMT Coordinators(联系人) : 刘强0532—2929707

• 济南国际旅行卫生保健中心

地址: 济南口岸医院, 文化东路62 号

Hospital Of JiNan Port , No 62 WenHua East Road , JiNan

TEL: 0531—82969042 FAX: 0531—2966047
Executive Director(主任) : 王远忠13515315326
IMAMT Coordinators(联系人) : 孙新强13506410436

• 烟台国际旅行卫生保健中心

地址: 北马路27 号

No 27 BeiMa Road , YanTai

TEL: 0535—6224954, 6222946 FAX: 0535—6227340

Executive Director(主任) : 薛守仁0535—6216358 , 13361336166

• 广东国际旅行卫生保健中心(F1 体检是在东区)

地址: 龙口西路

West Longkou Road , GuangZhou

TEL: 020—87537322 FAX: 020—87548300

Executive Director(主任) : 张敏020—38259306 , 13640287974

IMAMT Coordinators(联系人) : 黄永欣020—81219600 , 13660087322

• 中山国际旅行卫生保健中心

地址: 广东省中山市东区松苑路9 号

No 9 SongYuan Road East District ZhongShan, GuangDong

TEL: 0760—8307363 FAX: 0760—8382194

Executive Director(主任) : 朱丽君13802699659

IMAMT Coordinators(联系人) : 同上

• 南海国际旅行卫生保健中心

地址: 广东省佛山市南海大道2 号

No2 NanHai DaDao FoShan , GuangDong

TEL: 0757—86329720

Executive Director(主任) : 娄东辉0757—86329720 , 13902814410

IMAMT Coordinators(联系人) : 同上

• 深圳国际旅行卫生保健中心

地址: 广东省深圳市皇港口岸生活区卫检综合一号楼

No1 WeiJian Building , ShengHuo District HuangGang Port , ShenZhen

TEL: 0755—83774007 FAX: 0755—83774068

Executive Director(主任) : 叶健通13509659966

IMAMT Coordinators(联系人) : 吴兵0755—83774028 , 13302319176

• 珠海国际旅行卫生保健中心

地址: 广东省珠海市拱北侨光路133 号

No133 QiaoGuang Road GongBei ZhuHai , GuangDong

Executive Director(主任) : 杜坚0756—8883246, 13809234577

IMAMT Coordinators(联系人) : 同上

• 桂林国际旅行卫生保健中心

地址：桂林市漓江路25 号

No25 LiJiang Road , GuiLin

TEL: 0773—5801202 FAX:0773—5845585

Executive Director(主任)：苗爱地13978376688

IMAMT Coordinators(联系人)：同上

• 云南国际旅行卫生保健中心

地址：昆明市关渡区关上镇日新村488 号

No488 RiXin Village , GuanShang Zhen GuanDu District, KunMing

TEL: 0871—7161994 FAX: 0871—7160863

Executive Director(主任)：王志坚13888559379

IMAMT Coordinators(联系人)：王东0871—7162301 , 13908862199

• 福建国际旅行卫生保健中心

地址：福州东街131 号

No131 FuZhou East Street, FuJian

TEL: 0591—87065695 FAX: 0591—877554309 , 87065698

Executive Director(主任)：欧阳钦芬0591—87545600 , 13706961300

IMAMT Coordinators(联系人)：同上

• 厦门国际旅行卫生保健中心

地址：福建省厦门市东渡路116 号

No116 DongDu Road XiaMen , FuJian

TEL: 0592—5675915, 5675918, 5675896 FAX: 0592-5675919

Executive Director(主任)：谢团艺0592--6010046

IMAMT Coordinators(联系人)：无（合并）

• 四川国际旅行卫生保健中心

地址：成都市人民南路10 段桐梓林北路1 号

No1 TongZiLin Noth Road , 10 South Of RenMin Road , ChengDu

TEL: 028—85197251 FAX: 028—85159611

Executive Director(主任)：（周一）

• 陕西国际旅行卫生保健中心

地址：西安市含光北路10 号

No10 North HanGuang Road, Xi'an

TEL: 029—85407050 FAX:029-85407001

Executive Director(主任)：李朝阳13909280259

IMAMT Coordinators(联系人)：同上

• 新疆国际旅行卫生保健中心

地址：乌鲁木齐市北京南路东一巷40 号（环球大酒店南侧）

No 40 Dongyi Xiang, South Beijing Road, Urumchi

TEL: 0991-4842307, 4811103

•宁夏国际旅行卫生保健中心

地址: 开发区公安厅西侧50 米

TEL: 0951-5561009

联系人: 孙伟

•青海国际旅行卫生保健中心

地址: 青海省西宁市礼让街23 号

No 23 Li Rang Street, Xining, Qinghai

TEL: 0971-8222570

FAX: 0971-8247496

联系人: 高鸿

•甘肃国际旅行卫生保健中心

地址: 兰州市城关区嘉峪关东路383 号

No 383 East Jiayuguan Road, Chengguan District, Lanzhou, Gansu

TEL: 0931-8667184

•西藏国际旅行卫生保健中心

地址: 拉萨市北京西路267 (拉萨海关十字路口西侧)

No 267 West Beijing Road, Lhasa, Xizang

TEL: 0891-6863108, 6869509, 6862737

•河南国际旅行卫生保健中心

地址: 河南省郑州市荷香路5 号

No 5 Hexiang Road, Zhengzhou, Henan

TEL: 0371-65943357 65943379

FAX: 0371-65578195

注: 根据GoldenB 版友提供:“现在的河南的出国体检机构在河南口岸医院, 在通泰路上。由于作者不在河南, 所以无法得知具体情况, 希望大家去之前打电话询问一下。

•湖北国际旅行卫生保健中心

地址: 武昌洪山区珞狮南路457 号(中建三局职工医院正对面)

No 457 South Luoshi Road, Hongshan District, Wuchang, Hubei

TEL: 027-87384283/87384289

检查结果出来后, 领取保健中心会发一本《国际旅行健康证明书》, IMMUNIZATION RECORD 表也由那里的医生填写及签字盖章。其实入境美国不需要健康证明, 但是由于现在的保健中心通常都捆绑销售, 打疫苗捆绑做体检, 所以必须做。再者, 有同学说虽然学校不要求体检, 但美国海关可能会抽查体检记录, 所以还是做了放心吧。学校只要求打疫苗。

出国体检的第三步——体检当天需要注意哪几点？

1. 必带资料：

身份证（最好把护照也带上，虽然作者全程没有用到护照）

2寸免冠照4张（作者使用了两张，但考虑到各地不同，还是多带为好）

学校的疫苗表（上一章中提到过，有“MMR”的那张纸）

个人疫苗注射记录（就是小时候那个儿童疫苗接种证，作者的是小红本子，从出生开始）

2. 几点注意：

（1）早上要**空腹**。不空腹是不能抽血的，亲~相信大家都知道的吧，而且，据说从前一晚九点后就只能喝水，这样最保险，不会影响代谢结果，吼吼~

但是，不要害怕会饿一上午，抽完血就可以吃东西，而且，一定要吃东西，才能打疫苗。空腹是不能打疫苗的。所以，我们会先体检完，抽好血，出去吃个早饭，然后再回来打疫苗。

（2）疫苗的**间隔**。有些疫苗不能同时打，有些疫苗要间隔几周打，有些疫苗打的风险高，都需要问清楚。对于间隔时间长，但时间不够的，可以先打一针，去学校接着打。有一个疫苗好像是要间隔4周（28天）才能打第二针的，还有Td（成人白破）的貌似副作用可能会很大，一定要打左手，因为有些人会感到打针部位十分肿痛不适。作者因为小时候打针的记录很全，就只补了两针，没有遇到那么多种类的疫苗，欢迎大家补充~

（3）**儿童疫苗本**。方才说到过的，就是因为有这个可爱小红本，萌萌才避免了好多皮肉之苦，呜呜。所以强烈建议大家找出这个小红本来。不仅是我们可以waiver掉UIUC“必点套餐”中的疫苗，就连那个学校不强制，但建议你打的疫苗，如果小时候打过，也可以交钱认证，医生会给你填在学校的表上，赞吧~~

出国体检的第四步——围观别人的经历也是一种收获

天清气爽，风和日丽，看我今日的心情是多么地忐忑，又多么地灿烂~

在胃部空虚的感觉中，萌萌从梦中醒来，看了看床头的手表，噢，已经七点一刻。在简单地梳洗过后，我穿着一件白色的绵羊外套，手挽着我的老爸，踏上了去体检的征程。

八点刚过，我准时坐在了国际旅行卫生保健中心的“登记”窗口前，接待我的是一位面善的姐姐，她告诉我，最近她们中心已经电子化了，不需要事先填任何表格，只需交身份证，就可以办理“登记”业务。

首先，她问我去哪个国家，我说是美国。然后，她仔细查看了我带过去的 UIUC 疫苗表和儿童疫苗证。通过对这两个文件的对比，她得出结论：我只需要补一针白破和一针 MMR，而且这两个疫苗可以同时打。确定疫苗后，她扫描了我的身份证，给我打出了两张单子，一张是疫苗单，上面列有我需要补的白破和 MMR，以及手续费；另一张是体检单，上面有内外科，B超、X光、五官等各项内容。

这个时候，一个亲切的声音响起了：“姑娘，你早上没吃饭吧？”旁边一个胖胖大妈适时地问道。我一时紧张，忙说：“没有，没有，我饿得很呢~”于是排队登记的人都笑了，这个姑娘该是有多饿呀，ORZ...

这个时候大妈又说：“没吃就好，先去体检吧，体检完，抽好血，记得一定要到对面吃碗大排粉再来，空腹不能打疫苗的啊~”我顿时感觉好贴心的啊，连对面有啥吃的都告诉我了，这下一定不辜负您的期望，坚强地抽完三管血！

第一个项目是内科，一个大的自动血压计，中间一个洞，手穿着衣服直接伸进去，量了血压。然后是激光测身高，电子秤量体重。这里的身高没有零头，直接向下取整，我那多出的0.5cm真是太可惜了呀~

然后这个科室真是太可爱了，首先阿姨说：姑娘，你眨眨眼睛呗~我就使劲地眨啊眨，但是，亲们，真的有人患“眼皮不眨症”吗？在证实了我的眼皮还能活动之后，更好玩的来了。外科阿姨说：姑娘啊，你那高领能不能翻下来，让我看看你的，呃，那个，脖子。我当时一个激灵，你妹，这不是看我喉结吗？姐不是那么地温柔，但也不至于吧...还好，阿姨观察了一下我的喉头，放心地点了点头。然后，她用抓小狗下巴的感觉，抓住我的小双下巴，那么揉啊揉，真真是极痒的~最后结论，我的淋巴也是极好的~

五官科的医生阿姨，一进去就递给我个饭勺，让我遮住一边眼睛，简单地测了测视力。然后她翻出一个本子，上面是我们熟悉的各种颜色的小点点，她问，你能读出上面的字吗？这个册子左边那页是紫色底，灰绿色的“BE”，右边那页是一个橘色还是什么色的“y”，我当然想了有一两秒，还是决定读“比-依-歪”，实际上我是特别想say“bye”的。

重口味的往往在最后。心电图的时候，不管是谁陪你来的，请让他们都回避吧，当然，男生可能好一些。女生的话，人多的时候记得提醒医生为你拉好帘子。这个心电图，用那种类似大铁夹子，夹住你的脚和手，然后在胸口那里也要贴上接收线，所以胸口要拉很高的，要松开某个束缚，额。。。

B超比心电要好一些，只露肚子。可是会擦一层医用啫喱，虽然很香，但是擦干净也是要细心的。而且和孕妇做这个不同，我们做B超，医生会用滚珠滚到腰的侧边那里，好像是看肾还是肝吧，反正在痒，还是要有一点点忍耐力。

抽血是我最后做的项目，因为我全程没有看，所以也只能说一下大概了。是普通的抽血的流程，唯一特别的就是有红绿蓝三个小管子，扎一次针抽三管血。其实没什么，只是抽的时间比平时长而已，别的都一样。到中间我可能因为紧张，血出来的太少太慢，医生让我慢慢握拳然后放松，反复做这个握拳动作后，抽的就顺利多啦~别紧张就好~

抽完血之后，要犒赏自己一下，于是我奔向对面的马路，好家伙，果然有一个“利红大排粉”。可是生活和小说总是有区别的，主人公也不可能总是产生传奇的经历。我并没有像想象中那样吃到“大排粉”，因为我爹反对我早上吃太油，我就只好委屈地点了一个利红酸菜粉。一边吃一边心中不忿啊，到底什么是“大排粉”呢？很好吃吗？

吃完之后，我们俩回到了体检中心。这个时候，我们的“体检表”已经全部完成，盖好了章。现在拿起“疫苗注射表”，直奔注射室。

注射室里面还是很舒适的，给我注射的护士也是这次体检最让我窝心的一个人。首先她告诉我，TD白破的针打进去，可能会疼，有些人手会肿，所以给我打在左手，副作用小的MMR打在右手，这样不影响我的日常活动。然后，在打针之前，她又仔细和我说了不能打疫苗的情况，其中我记忆最深刻的就是，感冒的，和对鸡蛋过敏的同学，都不能打疫苗。对鸡蛋过敏不能打疫苗这个事我也是第一次听到。打的时候她让我不要紧张，看到我打完针还没有把衣服披上，怕我冷了，还好心喊我穿上衣服。因为打完疫苗要在休息室观察半个小时。在我沉默的等待时间，这个护士阿姨还会时不时问我疼不疼啊，如果疼，要用温毛巾敷。最后我走之前，她还急忙叮嘱我近三天不要剧烈运动，一定要多喝温开水。真是很好的人呀，我们都要成为能给别人传递温暖的人，这也是为什么我坐在这里从12点到17点，整理资料给大家的原因啊~

观察完成之后，把之前在登记处开的体检表和疫苗注射表一起还给大厅工作人员，交两

张证件照片，他们告诉我说，三天后我就可以拿到我的“两证”了。小红本是“体检健康证”，小黄本是“疫苗接种记录证”，都是中英对照的，有国际效力。总结一下，这次做的体检是450，疫苗和各种制证手续费一起是180，总共630元。

希望我的经历和整理能对大家有用，那样我就最开心啦~

还有，我心心念念的“大排粉”，什么时候能够让你到我的碗里来？

萌萌

2012. 冬

如有指正，欢迎提出！ E-mail: zingcai@qq.com

UIUC 所有表格在后面中已附上，请翻页查看：)

最后，感谢易拉罐同学给我的灵感和启迪~



601



McKINLEY HEALTH CENTER
UNIVERSITY OF ILLINOIS AT URBANA-CHAMPAIGN

IMMUNIZATION HISTORY

Submit completed Immunization History and Medical History forms to:

McKinley Health Center 1109 South Lincoln Avenue Urbana, IL 61801. Phone: (217) 333-2702 - Fax: (217) 244-1278

All forms must be submitted no later than July 1 for Fall, December 1 for Spring, and April 1 for Summer Semesters

► **International Students:** Tuberculosis screening will be performed at McKinley Health Center when you arrive on campus. Fax completed Immunization History and Medical History forms to: (217) 244-1278 and bring a copy with you to campus. If you are unable to fax forms by the deadline above, bring forms with you to campus.

► **Medical/Religious Exemption:** Acceptable medical exemptions are pregnancy, suspected pregnancy, vaccine allergies, severe illness, or immunosuppression and must include a physician's letter. Contact the Dean of Students Office at (217) 333-0050 for religious exemption.

Last Name		First	Middle	University Identification Number
Home Address				Preferred Phone ()
City/State/Country/Zip or Postal Code				Alternate Phone ()
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Age	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Country of Birth	E-mail Address
Citizenship <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> Other (specify)		Primary spoken language		
Semester of FIRST Enrollment and specify year: <input type="checkbox"/> Fall (year) _____ <input type="checkbox"/> Spring (year) _____ <input type="checkbox"/> Summer (year) _____				

IMMUNIZATIONS REQUIRED BY ILLINOIS LAW (dates required)

Licensed Provider: Complete Immunization documentation or attach signed physician/school immunizations.

■ **MEASLES-MUMPS-RUBELLA** – 2 shots against measles, 1 shot against rubella, and 1 shot against mumps (2 recommended)

MMR (strongly recommended) 2 doses at least 28 days apart AND after 12 months of age AND both given after 12/31/1967 Positive serum titers are also acceptable proof of immunity against measles, mumps and rubella. <input type="checkbox"/> Required lab report attached.	1 mm/dd/yy	OR	MEASLES (Rubeola) 2 doses at least 28 days apart AND after 12 months of age AND both given after 12/31/1967. MUMPS after 12 months of age RUBELLA after 12 months of age	1 mm/dd/yy	Documentation of dates of disease serves as acceptable evidence of immunity against measles and mumps, but not rubella. <input type="checkbox"/> Required documentation attached.
	2 mm/dd/yy			2 mm/dd/yy	
				1 mm/dd/yy	

■ **TETANUS-DIPHTHERIA-PERTUSSIS (DPT, DTP, DT, DTaP, Td, Tdap)**

Domestic students: record of at least one tetanus/diphtheria shot within 10 years of enrollment is required.

International students: record of at least three tetanus/diphtheria shots, one within 10 years of enrollment, is required.

1 <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTP mm/dd/yy	2 <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTP mm/dd/yy	3 <input type="checkbox"/> Td <input type="checkbox"/> Tdap <input type="checkbox"/> DTP mm/dd/yy
---	---	---

IMMUNIZATIONS (Recommended)–Please indicate immunizations received and provide dates.

NOTE: Meningococcal meningitis is a potentially fatal, vaccine-preventable illness. We recommend the Meningococcal Conjugate Vaccine for all students 21 and younger. A second vaccine should be given if the first vaccine was given before age 16. This vaccine is available at the Health Center for a fee.

<input type="checkbox"/> MENINGOCOCCAL CONJUGATE VACCINE	1 mm/dd/yy	2 mm/dd/yy	
<input type="checkbox"/> HEPATITIS A	1 mm/dd/yy	2 mm/dd/yy	
<input type="checkbox"/> HEPATITIS B	1 mm/dd/yy	2 mm/dd/yy	3 mm/dd/yy
<input type="checkbox"/> HPV (Gardasil) <input type="checkbox"/> HPV (Cervarix)	1 mm/dd/yy	2 mm/dd/yy	3 mm/dd/yy
<input type="checkbox"/> VARICELLA	1 mm/dd/yy	2 mm/dd/yy	<input type="checkbox"/> Had Varicella (Chickenpox)

Required Healthcare Provider Verification

Provider Name (print or stamp)	Signature	Date
Address		Phone

for McKinley use only
Date exemption ends: ____/____/____
☐ allergy ☐ illness ☐ pregnancy



100



McKINLEY HEALTH CENTER
UNIVERSITY OF ILLINOIS AT URBANA-CHAMPAIGN

MEDICAL HISTORY – to be completed by student

Submit completed Immunization History and Medical History forms to:

McKinley Health Center 1109 South Lincoln Avenue Urbana, IL 61801. Phone: (217) 333-2702 - Fax: (217) 244-1278

All forms must be submitted no later than July 1 for Fall, December 1 for Spring, and April 1 for Summer Semesters

International Students: If you are unable to fax forms by the deadline above, bring forms with you to campus.

Last Name	First	Middle	Date of Birth (mm/dd/yyyy)	University Identification Number
ALLERGIES: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Please check those to which you are allergic: <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Sulfa <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Codeine Other drug allergies (specify) _____ Environmental allergies: _____ I take allergy shots (specify allergens and frequency) _____ Please list any over-the-counter or prescription drugs (include herbals and birth control pills) that you are taking. _____				

Personal Health History *Please check conditions/diseases you have had. If none apply, check this box ☐*

General <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <input type="checkbox"/> Chronic Fatigue <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <input type="checkbox"/> Eating Disorder <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Obesity <input type="checkbox"/> Sleeping Disorder Cardiovascular <input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect <input type="checkbox"/> Heart Murmur <input type="checkbox"/> Hypertension Respiratory <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis/Pneumonia <input type="checkbox"/> Tuberculosis	Head / Ears / Eyes / Nose / Throat <input type="checkbox"/> Chronic Ear Infections <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Hearing Impairment <input type="checkbox"/> Nasal Disorders/Trauma <input type="checkbox"/> Oral/Mouth Disorder <input type="checkbox"/> Visual Impairment Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Celiac Disease <input type="checkbox"/> Crohn Disease <input type="checkbox"/> Diverticulosis <input type="checkbox"/> Dyspepsia (heartburn) <input type="checkbox"/> Gallbladder Disease <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome <input type="checkbox"/> Peptic Ulcer Disease <input type="checkbox"/> Ulcerative Colitis	Genital Disorders / Genitourinary <input type="checkbox"/> Hernias <input type="checkbox"/> Kidney Disease <input type="checkbox"/> Kidney Stones <input type="checkbox"/> Menstrual Disorder <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infections Infectious Diseases <input type="checkbox"/> Chickenpox (Varicella) <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C (Please circle) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Infection Mental Health <input type="checkbox"/> Anxiety Disorder <input type="checkbox"/> Attention Deficit (ADD/ADHD) <input type="checkbox"/> Bipolar Disorder <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Mental Health Treatment <input type="checkbox"/> Seasonal Affective Disorder	Musculoskeletal <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Fibromyalgia <input type="checkbox"/> Scoliosis <input type="checkbox"/> Skeletal Disorder Neurological <input type="checkbox"/> Congenital/Spinal Cord Injury <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis <input type="checkbox"/> Seizures Skin <input type="checkbox"/> Acne <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Urticaria (hives) Endocrine <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder
Do you have an illness or condition, not listed above, for which you are now being treated? If yes, specify.			
List date(s) and reason(s) for any hospitalizations/surgeries.			
Social Habits: Do you use recreational drugs? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Alcohol usage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No # times per week _____ Amount per session _____ Do you use tobacco? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Do you exercise? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No # times per week _____			

Family Health History *Has any family member had any of the following? Indicate F=father, M=mother, B=brother, S=sister*

Asthma	Cancer	Heart Disease	Migraine	Other (specify)
Arthritis	Diabetes Mellitus	Hypertension	Seizure Disorder	Other (specify)
Alcohol/Drug Abuse	Emotional Illness	Kidney Disease	Stomach Disorder	Other (specify)

Person to Notify in Case of Emergency

Name	Relationship	Preferred Phone ()
Address		Alternate Phone ()

Student Signature _____ Date _____

6/20/11:bah



750



McKINLEY HEALTH CENTER
UNIVERSITY OF ILLINOIS AT URBANA-CHAMPAIGN



TUBERCULOSIS (TB) SCREENING

(To be completed by student)

Name _____ UIN _____

Country of origin _____ e-mail address _____

Local address _____ Local phone # _____

How long do you plan to stay in the USA? _____

List countries you have been to (besides your home country & USA) _____

Do you have any of the following symptoms?

Cough ☐ No ☐ Yes

Loss of appetite ☐ No ☐ Yes

Weakness ☐ No ☐ Yes

Fever ☐ No ☐ Yes

Night sweats ☐ No ☐ Yes

Weight loss ☐ No ☐ Yes

List any medical problems _____

Date of last chest x-ray _____ Where was it done? _____

List medicines you take every day _____

List any allergies or adverse reactions to medications _____

Have you ever taken medicine for TB? ----- ☐ No ☐ Yes

If yes, when? _____ What kind of medicine? _____

How long? _____

Have you ever had the QuantiFERON-TB Gold Test? ----- ☐ No ☐ Yes

If yes, when _____ Results: ☐ Negative OR ☐ Positive

Do you know anyone who has or had tuberculosis (family, friends, school friends, coworkers)? -- ☐ No ☐ Yes

Have you ever had any of the following:

Liver disease (hepatitis) ----- ☐ No ☐ Yes

Steroids or immunosuppressive medications ----- ☐ No ☐ Yes

Chemotherapy or radiation therapy for cancer ----- ☐ No ☐ Yes

Immune deficiency disease ----- ☐ No ☐ Yes

Kidney disease ----- ☐ No ☐ Yes

Diabetes ----- ☐ No ☐ Yes

Lung disease (asthma, COPD) ----- ☐ No ☐ Yes

Stomach or intestinal surgery ----- ☐ No ☐ Yes

A blood transfusion ----- ☐ No ☐ Yes

Malnutrition or excessive weight loss ----- ☐ No ☐ Yes

Student Signature _____ Date _____