

所有已錄取的國際新生
務必注意以下
重要健康訊息

北愛荷華大學學生健康診所工作人員提供廣發的醫療健康服務：如精神健康服務、疫苗接種/抗過敏注射、普通外科手術、各種疾病和傷害治療等。註冊學習時間達五個學期及更長時間的學生，自動認定必須在學雜費中繳納規定的學生健康費用。繳納過這筆費用，學生可以免費享受許多服務，某些服務只需繳納最少的費用，其他服務需要定期繳納一些費用。

所有國際學生必須擁有健康保險。美國沒有全國統一的健康保險項目。實施健康保險政策的目的是在你萬一遭遇重大事故或患重病時，讓你免於支付相關的高昂醫療費用。北愛荷華大學提供學生健康保險計劃 (SHIP)。學校政策規定所有國際學生必須購買SHIP。作為被錄取的學生，每個學期你會通過大學帳戶自動繳納SHIP所需費用。如果你是政府資助或有企業保險，可以獲得學生健康診所同意後，免交大學SHIP費用。

規定健康要求

請攜帶一份（英文版）你接種過的疫苗和接種時間證明。

填寫完整這份通知附帶的《國際學生疫苗接種記錄表》，在你參加新生導航周時帶著這份記錄表，交給規定健康要求篩查診所。

- 所有國際學生必須提供兩次已接種麻疹、腮腺炎和風疹（簡稱MMR）疫苗的記錄證明
或者
- 向學生健康診所提供原始的實驗室MMR效價(titer)報告，證明你已經產生對以上疾病的抵抗力。

證明報告必須是英文的，否則不予認可。無法提供規定報告的學生下一學期及以後學期不允許註冊。如果不能提供以上疫苗接種報告，你必須到學生健康診所接種疫苗。接種疫苗服務收費。

北愛荷華大學規定所有國際新生必須做肺結核(TB)篩查。這項規定篩查會在新生導航項目期間在校內完成。

- **不要在來愛荷華之前做任何肺結核皮膚或血液檢查。肺結核篩查必須在北愛荷華大學校內進行。**
- 如果你之前肺結核檢查呈陽性，請攜帶適當的醫療檔案證明。
- 如果你接受過肺結核感染或疾病治療，請攜帶英文版治療報告檔案。

請記住要填寫完整這份通知附帶的《國際學生疫苗接種記錄表》，在你到學生健康診所接受健康規定篩查當天出示。

国际学生免疫档案

北爱荷华大学学生健康诊所

请将此表交回至

University of Northern Iowa

Student Health Clinic

Cedar Falls, Iowa 50613

或

传真至: 319-273-7030

患者姓名_____

学号_____

本地地址_____

其他姓名(若与上述不同)_____

要求的麻疹、流行性腮腺炎和风疹(MMR)免疫接种

MMR: 注册上课需要有MMR免疫证明。**唯一例外的是已知或疑是怀孕的女性。这些人在生产之后须补充提供MMR免疫证明。**

如果您符合下列条件之一,即已满足这一要求:

在1957年之前出生;或

接种过两次MMR疫苗(请提供两次接种日期):

第1次: ____年____月____日(必须在您1周岁后且**在**1969年或之后);

第2次: ____年____月____日(必须在第一次接种至少28天后-通常是在4-6岁或更大时接种)

向学生健康中心提供能够证明对这些疾病具有免疫力的MMR浓度原始测试化验报告的复印件。

脑膜炎疫苗信息

脑膜炎是大脑和脊髓周围的液体感染,由病毒或细菌引起。细菌性脑膜炎可能很严重,会造成器官损伤和死亡。现有4种类型的可以防止细菌性脑膜炎的疫苗,其中包括美国最常见的3种类型中的2种。脑膜炎疫苗不能防止所有类型的脑膜炎。建议年纪不到25岁且想要降低细菌性脑膜炎感染风险的大学生接种脑膜炎疫苗。**美国爱荷华州法律要求我校提供这些关于脑膜炎及脑膜炎疫苗的信息。我校还需要收集校内有关脑膜炎免疫的数据资料。**

请标明您是否以接种了脑膜炎疫苗: 是 否

若已接种,请标明接种日期: ____年____月____日

您签名即证明您以阅读此信息。(签名) _____

(日期) _____