

建議兒童施打的疫苗：剛出生至 6 歲

下表為您列出了您孩子應接種疫苗的時間。請勾取方 框以協助您追蹤記錄。

子女姓名：_____ 出生日期：_____

疫苗	剛出生	幾個月大								歲數		
		1	2	4	6	12	15	18	24	4	5	6
水痘 (水痘疫苗)						<input type="checkbox"/> 第1劑					<input type="checkbox"/> 第2劑	
DTAP (白喉)			<input type="checkbox"/> 第1劑	<input type="checkbox"/> 第2劑	<input type="checkbox"/> 第3劑		<input type="checkbox"/> 第4劑				<input type="checkbox"/> 第5劑	
Hib (流感嗜血桿菌)			<input type="checkbox"/> 第1劑	<input type="checkbox"/> 第2劑	<input type="checkbox"/> 第3劑	<input type="checkbox"/> 第4劑						
A 型肝炎						<input type="checkbox"/> 第1劑及 <input type="checkbox"/> 第2劑 (至少間隔6個月)						
B 型肝炎	<input type="checkbox"/> 第1劑	<input type="checkbox"/> 第2劑				<input type="checkbox"/> 第3劑						
流感 (流行性感冒)						<input type="checkbox"/> 每年一次			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMR (麻疹、腮腺炎、德國麻疹)						<input type="checkbox"/> 第1劑					<input type="checkbox"/> 第2劑	
肺炎鏈球菌 (PCV)			<input type="checkbox"/> 第1劑	<input type="checkbox"/> 第2劑	<input type="checkbox"/> 第3劑	<input type="checkbox"/> 第4劑						
小兒麻痺 (IPV)			<input type="checkbox"/> 第1劑	<input type="checkbox"/> 第2劑		<input type="checkbox"/> 第3劑					<input type="checkbox"/> 第4劑	
輪狀病毒 (RV)			<input type="checkbox"/> 第1劑	<input type="checkbox"/> 第2劑	<input type="checkbox"/> 第3劑							

您可獲得它其他語言的版本、大字版、盲文版或您偏好的格式。您也可申請口譯員。以上協助均為免費。請致電 800-224-4840 或聽障專線 711。我們接受所有傳譯電話。