

建議成人施打的疫苗：19-65+ 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。

姓名： _____

| 疫苗 | 19-21 歲 | 22-26 歲 | 27-49 歲 | 50-64 歲 | ≥65 歲 |
|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|------------------------------|
| 水痘 (水痘疫苗) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑 (如在 1980 年以後出生) | | | | |
| 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"/> |
| A 型肝炎 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑或 3 劑 | | | | |
| B 型肝炎 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑或 3 劑 | | | | |
| B 型流感嗜血桿菌 (HIB) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 劑或 3 劑 | | | | |
| 人類乳突病毒 (HPV) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑或 3 劑 | | | | |
| A, C, W 和 Y 血清群腦膜炎球菌結合型疫苗 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 劑或 2 劑, 之後如還有風險, 則每 5 年接種一劑加強劑 | | | | |
| B 血清群腦膜炎球菌疫苗 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑或 3 劑 | | | | |
| MMR (麻疹、腮腺炎、德國麻疹) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 劑或 2 劑 (如果在 1957 年以後出生) | | | | |
| 13 價結合型肺炎鏈球菌疫苗 | <input type="checkbox"/> 1 劑 (如果在 1980 年以後出生) | | | | <input type="checkbox"/> 1 劑 |
| 肺炎球菌多糖疫苗 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑或 3 劑 | | | | <input type="checkbox"/> 1 劑 |
| TD 或 Tdap (破傷風、白喉、百日咳) | <input type="checkbox"/> 1 劑, 接著每 10 年接種一劑 Td 加強劑 | | | | |
| 帶狀疱疹 (RZ) | | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 劑 | |

建議在規定年齡施打

建議屬於高風險族群的成人施打

您可獲得本資訊的其他語言版本、大字版、電子格式, 口頭說明 (當面或透過電話) 或盲文版。請致電客戶服務部免費電話 800-224-4840 或聽障專線 711。