

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 | | | | | | | |
| 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。