

推荐给青少年的疫苗：7-18 岁

以下列表显示您的孩子应该接种疫苗的时间。选中复选框 以帮助您跟踪。

孩子的姓名: _____

出生日期: _____

疫苗	7-8 岁	9-10 岁	11-12 岁	13-15 岁	16-18 岁
流感 (流行性感冒) 每年	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HPV (人类乳突病毒)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 剂	(每剂之间至少间隔 5 个月)	
脑膜炎球菌			<input type="checkbox"/> 1 剂		<input type="checkbox"/> 加强剂
脑膜炎球菌					
肺炎球菌					
Tdap (破伤风、白喉、百日咳)			<input type="checkbox"/> 1 剂		
甲型肝炎					
乙型肝炎					
MMR (麻疹、腮腺炎、风疹)					
Polio					
水痘 (水痘)					

推荐年龄要求
 推荐给高危青少年
 赶上遗漏的

您可以获取本文件的其他语言版本、大字版、盲文版或您所偏好格式的版本。您还可要求提供口语翻译人员服务。这项帮助是免费的。请拨打 800-224-4840 或 TTY 711。我们接受转接电话。