

# 推荐给青少年的疫苗：从出生到 6 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	出生	月								年		
		1	2	4	6	12	15	18	24	4	5	6
水痘 (水痘)						<input type="checkbox"/> 第 1 剂						<input type="checkbox"/> 第 2 剂
DTaP (白喉)			<input type="checkbox"/> 第 1 剂	<input type="checkbox"/> 第 2 剂	<input type="checkbox"/> 第 3 剂		<input type="checkbox"/> 第 4 剂					<input type="checkbox"/> 第 5 剂
Hib (流感嗜血杆菌)			<input type="checkbox"/> 第 1 剂	<input type="checkbox"/> 第 2 剂	<input type="checkbox"/> 第 3 剂	<input type="checkbox"/> 第 4 剂						
甲型肝炎						<input type="checkbox"/> 第 1 剂和 <input type="checkbox"/> 第 2 剂 (至少相隔 6 个月)						
乙型肝炎	<input type="checkbox"/> 第 1 剂	<input type="checkbox"/> 第 2 剂				<input type="checkbox"/> 第 3 剂						
流感 (流行性感冒)						<input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
MMR (麻疹、腮腺炎、风疹)						<input type="checkbox"/> 第 1 剂						<input type="checkbox"/> 第 2 剂
肺炎球菌 (PCV)			<input type="checkbox"/> 第 1 剂	<input type="checkbox"/> 第 2 剂	<input type="checkbox"/> 第 3 剂	<input type="checkbox"/> 第 4 剂						
脊髓灰质炎 (IPV)			<input type="checkbox"/> 第 1 剂	<input type="checkbox"/> 第 2 剂	<input type="checkbox"/> 第 3 剂							<input type="checkbox"/> 第 4 剂
轮状病毒 (RV)			<input type="checkbox"/> 第 1 剂	<input type="checkbox"/> 第 2 剂	<input type="checkbox"/> 第 3 剂							

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