


推荐给青少年的疫苗：19-65 岁以上

下表显示了您应该接种疫苗的时间。选中复选框 以帮助您跟踪。

姓名： _____

疫苗	19-21 岁	22-26 岁	27-49 岁	50-64 岁	≥65 岁
水痘 (水痘)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 剂 (如果出生于 1980 年或之后)				
流感 (流行性感 冒) 每年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲型肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 或 3 剂				
乙型肝炎	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 或 3 剂				
HIB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 或 3 剂				
HPV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1-3 剂 (咨询您的提供者)				
脑膜炎球菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 或 2 剂, 如果仍然存在风险, 则每 5 年加强一次				
脑膜炎球菌	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 或 3 剂				
MMR (麻疹、腮腺炎、风疹)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 或 2 剂 (如果出生于 1957 年或之后)				
肺炎球菌 PCV13	<input type="checkbox"/> 1 剂 (如果出生于 1980 年或之后)				<input type="checkbox"/> 1 剂
肺炎球菌 PPSV23	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 或 2 剂				<input type="checkbox"/> 1 剂
TD 或 Tdap (破伤风、白喉、百日咳)	<input type="checkbox"/> 1 剂, 然后每 10 年加强一次 Td (或您的提供者有更多的推荐)				
带状疱疹-RZ				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 剂	

 推荐年龄要求

 推荐给高危成年人

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。