

IMMUNIZATION RECORD

疫苗记录

Student's Name 学生姓名 _____ Grade 年级 _____ Yr of Grad 毕业年份 _____

Address 家庭地址 _____

Date of Birth 出生日期 _____

Date of Immunization: (*Indicates State of DE required immunization) Include Mo/Day/Yr
疫苗日期: (*表示特拉华州规定的疫苗) 日期格式: 月/日/年

DPT/DTap 百白破 1)* _____ 2)* _____ 3)* _____ 4)* _____ 5)* _____ (需要5针)

DT/Tdap 百白或精白破 _____

Polio 脊髓灰质炎 1)* _____ 2)* _____ 3)* _____ 4)* _____ (需要4针)

MMR 麻腮风 1)* _____ 2)* _____ (需要2针)

HIB 乙型流感疫苗 _____

Hep B 乙肝疫苗 1)* _____ 2)* _____ 3)* _____ (需要3针)

Varicella 水痘疫苗 1)* _____ 2)* _____ (需要2针)

OR documented history of Chicken Pox disease Date _____
或者 有医生出具的出过水痘的证明 出水痘的日期

Meningococcal Vaccine (Menactra) 脑膜炎疫苗1) _____ 2) _____