

## 您的孩子需要接受下列免 疫接種：

出生時：HepB

2個月時：DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV

4個月時：DTaP, HepB\*, Hib, Pneumo, Polio, RV

6個月時：DTaP, HepB, Hib, Pneumo, Polio, RV

12個月時：HepA, Hib, MMR, Pneumo, Var

15個月時：DTaP

18個月時：HepA

6個月至5歲以及高風險兒童：流感（每年秋季）

DTaP=白喉病, 破傷風, 無細胞百日咳

HepA/HepB=甲型肝炎/乙型肝炎

Hib=B型流感嗜血桿菌腦膜炎, B型流感嗜血桿菌

MMR=麻疹, 流行性腮腺炎, 及風疹

Pneumo=肺炎雙球菌

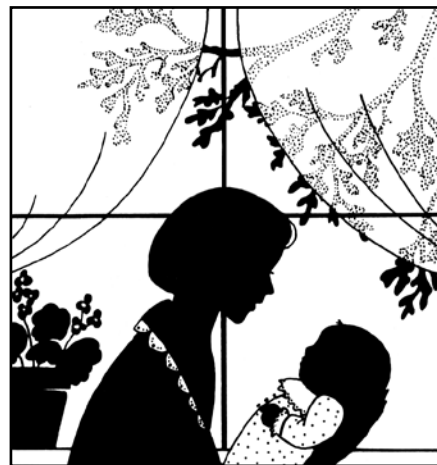
RV=輪狀病毒

Var=水痘

\*如果首次注射是在出生2個月後而非出生時

♥ 誠摯的祝願 ♥

California Department of Public Health  
Immunization Branch  
850 Marina Bay Parkway • Richmond, CA 94804



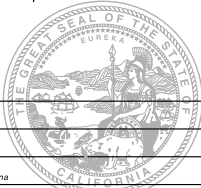
世上沒有任何東西能  
夠比得上父母的愛。♥

現在您有了一個可以關愛的新生兒。

多多地關愛您的幼兒，並按時為您的幼兒作免疫接種。這將保證您的幼兒的安全，以免幼兒患某些很危險的疾病。

您的幼兒在出生時需要接受首次免疫接種。本頁背面的列表顯示其他免疫接種時間。請每次按時接受免疫接種，以保護您的幼兒。請現在就與您的醫生或診所預約頭幾次免疫接種的時間。

醫生或護士會向您提供您的幼兒的**免疫接種記錄**。每當您帶幼兒前往醫生或診所處時，請攜帶該記錄。送您的孩子入托兒所和入學時也需要出示該記錄。請保存好這份記錄；您的孩子將終身都需要它。

<b>IMMUNIZATION RECORD</b> <i>Comprobante de Inmunización</i>	
	
Name <i>nombre</i>	_____
Birthdate <i>fecha de nacimiento</i>	_____
Allergies <i>alergias</i>	_____
Vaccine Reactions <i>reacciones a la vacuna</i>	_____
RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO	