Reviewed for compliance by:

_____
Staff Signature

Date: _____ Exemption: Yes ☐ No ☐
(see back)

Chinese
Certificate of Immunization Status

免疫狀況證明

Washington 州法 WAC 246-100-166.6a 要求每一位兒童在其學校、幼稚園或托兒所備有一份完整的免疫狀況證明在案。在此表格的另一面印有註明應在何時注射何種疫苗的圖表。 請用英文回答。

兒童之姓氏	名	中間名	性別 男 ☐ 女 ☐	出生日期 月 日 年
家長/監護人姓名		日間電話		

免疫	疫苗種類	劑量	注射日期 月	日	年
DTaP/DTP/-DT/Td 白喉 破傷風 百日咳		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
POLIO 口服ＯＰＶ 注射ＩＰＶ		1			
		2			
		3			
		4			
HIB 嗜血桿菌B型流感		1			
		2			
		3			
		4			

免疫	疫苗種類	劑量	注射日期 月	日	年
MMR 麻疹 流行性腮腺炎 風疹	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
	麻疹				
	流行性腮腺炎				
	風疹				
HEP B (HBV) B型肝炎		1			
		2			
		3			
其他					

我證明以上所提供之資訊正確而屬實。

X_____ _____
家長或監護人簽名 日期

© TransACT 2001 v 9.5
Mukilteo, WA 98275
P01036

學校、幼稚園和托兒所之免疫接種登記要求 ☞

接種疫苗列在通常所規定的年齡下。暗條表明可接種疫苗的年齡範圍。

年齡 ◆ / ♦ 疫苗	新生兒	2 個月	4 個月	6 個月	12 個月	15 個月	18 歲	4 - 6 歲	11-12 歲	14-16 歲
B型肝炎 **	Hep B - 1									
		Hep B - 2		Hep B - 3						
白喉，破傷風 百日咳		DTP	DTP	DTP	DTP 或 DTaP 在15個月以上			DTP 或 DTaP	Td**	
嗜血桿菌b型流感		Hib	Hib	Hib	Hib					
小兒麻痺症		Polio	Polio	Polio				Polio		
麻疹，流行性腮腺炎 德國麻疹					MMR			MMR 或 MMR		

☞ 上表是經免疫臨床顧問委員會、美國兒科學會和美國家庭醫生學會於1995年1月1日起推薦並獲通過的。此表之註腳提供有關疫苗及何時接種的詳情。他們重印在Immunization for Schools, Preschools and Child Care Facilities，在大多數學校和當地保健部門均可找到。

雖然有最新醫療實踐所推薦的免疫表，1995年1月通過的免疫表仍是唯一的由Washington州免疫法所要求之免疫表。

** 1997年9月生效

免疫法豁免聲明

注意：

您的孩子可因醫療、個人或宗教原因豁免〔免除〕免疫接種。但是，在您的孩子豁免免疫的疾病流行時，他（她）在流行期結束前不能上學、入幼稚園或托兒所。

☐ 醫療原因豁免

我證明該兒童因醫療原因不能接受以下疫苗：

_____ 直至 _____
疫苗　　日期

_____
打字或用正楷拼寫醫生的姓名　　日期

_____
醫生簽名

☐ 個人原因豁免
☐ 宗教原因豁免

我不贊成免疫。我明白我的孩子在疾病流行期間不能上學或入托。

我不想讓我的孩子接受下列疫苗：

_____
疫苗

_____
家長或監護人簽名　　日期

免疫文件

我證明該兒童有檢驗室提供的麻疹/流行性腮腺炎/德國麻疹（請圈出）免疫證明。

附上TITER結果。

_____
打字或用正楷拼寫醫生的姓名

_____
醫生的簽名或蓋印　　日期

© TransACT 2001 v 9.5
Mukilteo, WA 98275
P01036