

DEPARTMENT OF HEALTH
THE GOVERNMENT OF THE HONG KONG
SPECIAL ADMINISTRATION REGION
香港特別行政區政府衛生署
VACCINATION RECORD
疫苗注射記錄

REMARKS 附註 (including adverse effects 包括接種後的反應)											
DOCTOR / CLINIC 醫生 / 診所											
Date 日期											
Type of Vaccine 疫苗種類											

Name 姓名 _____

Date of Birth 出生日期 _____ Sex 性別 _____

Parent's/Guardian's Name
 父母/監護人姓名 _____

This record should be presented on receiving subsequent vaccination. Please keep all the vaccination records properly because they may be required later as documentation of the vaccines received.

下次接種疫苗時須出示此記錄。
 請妥善保存所有疫苗接種記錄卡或小冊子，因為這些記錄日後可作為曾接種過有關疫苗的證明。

重要文件，請永久保存
 Please retain this immunization record indefinitely

TYPE OF VACCINE 疫苗種類	DATE 日期	DOCTOR / CLINIC 醫生 / 診所	REMARKS 附註 (including adverse effects 包括接種後的反應)
HEPATITIS B VACCINE 乙 型肝炎疫苗	FIRST DOSE 第一次		
	SECOND DOSE 第二次		
	THIRD DOSE 第三次		
PNEUMOCOCCAL VACCINE 肺炎球菌疫苗	FIRST DOSE 第一次		
	SECOND DOSE 第二次		
	THIRD DOSE 第三次		
	BOOSTER 加強劑		
ppv (Specify type 註明種類)	FIRST DOSE 第一次		
ANTI-TETANUS TOXOID 預防破傷風疫苗	FIRST DOSE 第一次		
	SECOND DOSE 第二次		
	THIRD DOSE 第三次		
INFLUENZA VACCINE 流行性感冒疫苗			