

ทะเบียนการได้รับวัคซีนของเด็ก

ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน/สถานศึกษา.....แขวง.....เขต.....กรุงเทพมหานคร

ผู้รายงาน.....ตำแหน่ง.....วันที่.....

คำชี้แจง กรุณาตรวจสอบประวัติการให้วัคซีนก่อนทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	อายุ (ปี, เดือน)	สมุดบันทึก		การให้วัคซีนในเด็กไทยปกติ										การได้รับครบถ้วนตามเกณฑ์		หมายเหตุ	
			สุขภาพ		แรกเกิด	2 เดือน	4 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน	18 เดือน	2 ปี 6 เดือน		4-6 ปี	ครบ	ไม่ครบ		
			มี	ไม่มี	BCG HB 1	DTP- HB OPV 1	DTP- HB, IPV OPV 2	DTP- HB OPV 3	MMR 1	JE 1	DTP OPV กระตุ้น	MMR 2	JE 2	DTP OPV กระตุ้น 2				

หมายเหตุ : วัคซีน BCG (วัณโรค), HB (ไวรัสตับอักเสบบี), DTP-HB (คอตีบ – บาดทะยัก – ไอกรน – ตับอักเสบบี), OPV (โปลิโอชนิดกิน), IPV (โปลิโอชนิดฉีด), MMR (หัด – คางทูม – หัดเยอรมัน), LAJE (ใช้สมองอักเสบเฉื่อยเป็น), MR (หัด – หัดเยอรมัน), dT (คอตีบ – บาดทะยัก)