

## 예방 접종 기록

의료 보험 번호 (Care Card): # \_\_\_\_\_

성명: \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 영어 이름 (있는 경우) \_\_\_\_\_ 성별: 남 \_\_\_ 여 \_\_\_ 생년월일: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 일 월 연

예방접종	예방접종을 받은 국가 _____						
	일/월/연	일/월/연	일/월/연	일/월/연	일/월/연	일/월/연	일/월/연
디프테리아-백일해-파상풍 (DPT) DIPHTHERIA PERTUSSIS TETANUS (DPT)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
디프테리아 - 파상풍 DIPHTHERIA TETANUS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
소아마비 POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
해모필루스 인플루엔자 B 형 (HIB) HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (HIB)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
홍역 - 유행성이하선염 - 풍진 (MMR) MEASLES MUMPS RUBELLA (MMR)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
홍역 (RUBEOLA) MEASLES (RUBEOLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
풍진 (GERMAN MEASLES) RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
유행성이하선염 MUMPS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
B 형 간염 HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
A 형 간염 HEPATITIS A	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
수막구균 다당류 _____ 형 MENINGOCOCCAL Polysaccharide Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
수막구균 결합체 _____ 형 MENINGOCOCCAL Conjugate Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
폐렴구균 다당류 _____ 형 PNEUMOCOCCAL Polysaccharide Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
폐렴구균 결합체 _____ 형 PNEUMOCOCCAL Conjugate Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
수두 (CHICKENPOX) VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
일본 뇌염 JAPANESE ENCEPHALITIS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
비이지 (BCG) BCG	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
그 외 Other	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /