

# 家长须知的托儿所疫苗接种要求图表



**说明：**如需了解托儿所均要求接种哪些疫苗，可按孩子的年龄查看相应的行，即可找到需要接种的疫苗和剂次。为满足入托要求，孩子必须符合最低接种间隔期要求以及达到接种年龄。若有任何疑问，请咨询医疗服务提供者或儿童保育机构。

	乙型肝炎	DTaP (白喉、破伤风、百日咳疫苗)	Hib (乙型流感嗜血杆菌疫苗)	脊髓灰质炎 疫苗	PCV (肺炎球菌结合疫苗)	MMR (麻疹、腮腺炎、风疹)	水痘疫苗 (水痘)
满 3 个月时接种	2 剂	1 剂	1 剂	1 剂	1 剂	12 个月龄前不定期接种	12 个月龄前不定期接种
满 5 个月时接种	2 剂	2 剂	2 剂	2 剂	2 剂		
满 7 个月时接种	2 剂	3 剂	3 剂	2 剂	3 剂		
满 16 个月时接种	2 剂	3 剂	4 剂	2 剂	4 剂	1 剂	1 剂 **
满 19 个月时接种	3 剂	4 剂	4 剂	3 剂	4 剂	1 剂	1 剂 **
满 7 岁或学龄前/入学时年满 4 岁及以上***	3 剂	5 剂*	5 岁及以上儿童不定期接种	4 剂*	5 岁及以上儿童不定期接种	2 剂	2 剂**

\*疫苗接种剂次可少于所列剂次，具体取决于接种时间。\*\*另可接受由医疗服务提供者出具的水痘病史核实验证明。

\*\*\*学龄前到 12 年级的儿童入学时必须符合学校对相应年级的免疫接种要求。

如需获得学龄前到 12 年级接种要求图表及其他免疫接种资源，请访问：[www.doh.wa.gov/SCCI](http://www.doh.wa.gov/SCCI)

如需了解关于入托未要求接种的其他重要疫苗信息，请访问：[www.immunize.org/cdc/schedules](http://www.immunize.org/cdc/schedules)。

若需要本文件的其他格式，请致电 1-800-525-0127。

失聪或听障客户，请致电 711 (Washington Relay) 或发送电子邮件至 [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov)。