



警告通知：您的子女的免疫注射情況

子女姓名：_____ 日期：_____

學生證號碼 (School ID)：_____ 年級/班級：_____

學校：_____ 學校電話：_____

尊敬的家長/監護人：

我們檢查了您的子女的免疫注射記錄，發現您的子女並沒有接種入學所要求的一種或以上的疫苗。請立即提供顯示您的子女已接種下列疫苗（麻疹、腮腺炎、德國麻疹、水痘、小兒麻痺症或乙型肝炎）或對這些疾病有免疫的驗血記錄。根據《公共衛生法 § 2164》，除非您提供記錄，顯示您的子女已接種所要求的疫苗，否則，您的子女在____/____/____後將不准上學。請注意：如果您的子女在所規定的最低年齡之前（太早）接種了某些劑量的疫苗，則這些劑量並不計入所需的疫苗劑量之內。

疫苗	所需的劑量	備註 (請參看 SH65 有關年齡和年級的詳細要求)
DTaP (白喉、破傷風、非細胞性百日咳混合疫苗) DTP (白喉、破傷風、百日咳混合疫苗) Td (破傷風、白喉混合疫苗)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑 __ 第 3 劑 __ 第 4 劑 __ 第 5 劑	
Tdap (破傷風、白喉、非細胞性百日咳混合疫苗)	__ 第 1 劑	只有在 10 歲或之後接種的 Tdap (或 DTaP) 針劑才符合 6 年級、7 年級和 8 年級的要求；在 7 歲或之後接種的針劑符合 9 年級至 12 年級的要求。
注射式小兒麻痺疫苗 (IPV) / 口服小兒麻痺疫苗 (OPV) (小兒麻痺症)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑 __ 第 3 劑 __ 第 4 劑	可以接受顯示免疫性的驗血結果，但是，必須包括所有三種小兒麻痺症的血清型 (檢測必須是在 2019 年 9 月之前完成的)。
麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗 (MMR) (麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑	顯示免疫性的驗血結果可替代疫苗注射。
乙型肝炎 (HepB) 疫苗 (乙型肝炎疫苗)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑 __ 第 3 劑	顯示免疫性或慢性乙型肝炎感染的驗血結果可替代疫苗注射。
水痘疫苗 (Varicella) (水痘疫苗)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑	顯示免疫性的驗血結果或服務提供者出具的相關疾病證明文件可替代疫苗注射。
MenACWY (腦膜炎球菌混合疫苗)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑	只有在 10 歲或之後接種的 MenACWY (腦膜炎球菌混合疫苗) 針劑才符合 7 年級、8 年級和 9 年級的要求；在 10 歲之前接種的針劑符合 10 年級至 12 年級第一劑的要求。
Hib (B 型嗜血桿菌疫苗)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑 __ 第 3 劑 __ 第 4 劑	日托中心、啟蒙計劃 (Head Start)、托兒所、3 歲幼兒班或學前班
PCV (肺炎雙球菌結合型疫苗)	__ 第 1 劑 __ 第 2 劑 __ 第 3 劑 __ 第 4 劑	日托中心、啟蒙計劃 (Head Start)、托兒所、3 歲幼兒班或學前班
流感	__ 第 1 劑	日托中心、啟蒙計劃 (Head Start)、托兒所、3 歲幼兒班或學前班
給提供者的備註：請上網到 schools.nyc.gov，搜尋「immunizations」（免疫），在「Information for Providers」（提供者須知）部分和學校免疫要求的表格下查看 SH65（2022-23 學年的醫療要求）。 Note to Providers: Please go to schools.nyc.gov and search “immunizations” to review SH65 (Medical Requirements for School Year 2022-23) in the “Information for Providers” section and school immunization requirements-related forms.		

請向您子女的醫療提供者出示本信，確保您的子女接種上述遺漏了的針劑。如果您的子女已經接種了這些疫苗，請將疫苗接種記錄或有免疫的記錄交給您子女學校的校長。不准按照其他的時間表來接種疫苗。如果您對法律要求入學要接受免疫注射有任何疑問，或要查詢子女可到哪裡接種疫苗的詳情，請撥打 311。

誠致敬意！