

Last Name 학생의 성 姓	First Name 이름 名	Middle Name 중간이름 中间名	Gender 성 性別 <input type="checkbox"/> M 남 男 <input type="checkbox"/> F 녀 女	DOB 생년월일 生日
Parent/Guardian Name 부모/보호자 성함 家长/监护人姓名			Home Phone 집 전화번호 家庭电话	Cell Phone 휴대폰 移动电话

Immunization 예방접종 疫苗	Type 백신종류 种类	# 차 次数	Date Given 접종날짜 接种日期		
			mm 월 月	dd 일 日	yy 년 年
DTaP DTP -DT/Td 디프테리아 과상풍 백일해 白喉 百日咳 破伤风		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
POLIO 소아마비 小儿麻痹		1			
		2			
		3			
		4			
HIB 헤모필루스 인플루엔자 B형 B型流感嗜血杆菌		1			
		2			
		3			
		4			
Japanese Encephalitis 일본 뇌염 乙型脑炎		1			
		2			
		3			
B.C.G. 결핵 卡介苗					

Immunization 예방접종 疫苗	Type 백신종류 种类	# 차 次数	Date Given 접종날짜 接种日期		
			mm 월 月	dd 일 日	yy 년 年
MMR 홍역 이하신염 풍진 麻疹 腮腺炎 风疹	MMR	1			
	MMR	2			
	MMR				
HEP B (HBV) B형 간염 乙型肝炎		1			
		2			
		3			
Hepatitis A A형 간염 甲型肝炎					
Other 기타 其他					

Please include a COPY of the original record with this form.