



Immunization History

မိဘမှ ပြီးမြောက်ရန်

ကျောင်းသားအမည် (နောက်ဆုံး၊ ပထမ) _____ မွေးနေ့ ____/____/____

ကျား M F လမ်းလိပ်စာ _____ ကျောင်း _____ တန်း _____

မိဘအမည် _____ ဖုန်းနံပါတ် _____

ရေကျောက်ရောဂါ:

ဟုတ်တယ်၊ ငါ့ကလေးမှာ ရေကျောက်ပေါက်နေပြီ။ ရေကျောက်ပေါက်သည့်နေ့စွဲ _____

မဟုတ်ဘူး၊ ငါ့ကလေးမှာ ရေကျောက်မပေါက်ဘူး။

စာရင်းသွင်းချိန်တွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် လိုအပ်ပြီး ကျောင်းကလေးအားလုံးအတွက် Indiana ပြည်နယ်ဥပဒေဖြင့် ပြီးမြောက်သော ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းကို လိုအပ်ပါသည်။ ကျေးဇူးပြု၍ သင့်မိသားစုဆရာဝန်အား သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်တမ်းကို အောက်တွင် မှတ်တမ်းတင်ထားပါ သို့မဟုတ် သင့်ကလေး၏ကျောင်းသို့ လက်ရှိ ကာကွယ်ဆေးထိုးမှတ်တမ်း၏ မိတ္တူကို ပြန်လည်ပေးပို့ပါ။ မိဘတစ်ဦးမှ စာဖြင့်ကန့်ကွက်ကြောင်း ကြေငြာချက်မတင်သွင်းပါက ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်ကို လိုက်နာရန် ပျက်ကွက်မှုအတွက် ဥပဒေအရ ကျောင်းမှ ထုတ်ပယ်ခြင်းအား သတိပြုပါ။

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/CLINIC

DATE(S) OF IMMUNIZATION/TEST

DTP/DTap				
Td				
OPV				
IPV				
MMR #1	<i>Or</i>	Measles		
MMR #2		Mumps		
		Rubella		
Hepatitis A				
Hepatitis B				
Varicella			<input type="checkbox"/> Has had chickenpox	Date _____
Teen Meningococcal				
MCV 4				
Other		Type _____		
Most recent TB		Type _____		Result: _____

Health care provider's signature _____ Date _____