

Adult Immunization Documentation

Patient Name

Date of Birth

Medical Record Number

Provider Name

Date of Documentation

Notes

Notes

Vaccine	Date Given	Lot Number	Manufacturer	Site	Route	Administered
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ▼	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ▼	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> ▼	<input type="checkbox"/>