**OTHER IMMUNIZATIONS** 

Т	ype	_	Date	e	Lot No.	Amou	int  _	Med. Of	
•••••	•••••	•  ••••	• • • • • •	.	•••••	••••••		•••••	
•••••	•••••	•  ••••	• • • • • •	•••••  •	•••••	• • • • • • • •	•••••	• • • • • • • • •	
• • • • • • • •	•••••	•  ••••	• • • • • •	•••••	• • • • • • • • • •	• • • • • • • •	••••	• • • • • • • • •	
• • • • • • • •	•••••	•  ••••	•••••	•••••	•••••	• • • • • • • •	•••••	• • • • • • • • •	
• • • • • • •	•••••	•  ••••	• • • • • •	•••••  •	•••••	• • • • • • • •	••••	• • • • • • • • •	
• • • • • • • •	• • • • • • •	•   • • •	• • • • • •	•••••	•••••	•		• • • • • • • • •	
				SPEC	<b>FACLES</b>				
Place of Refracti					Date		Glasses Required		
							Yes	No.	
V.A. With Glas				s	V.A. Without Glasses			asses	
od os		3	ou		od	os		ou	
Sphere		Cyl	inder	Axis		rism	   Dec. 1		
od									
Add.	ocal S	egmer	nt	1		Frame			
Bifocal Segment Height Inset				P. D.	Bridg		Eye Size   Templ		
n	nm.	m	m.						
				Mask M				as Mask	
Commercial Type No. Date Ordered   D			Date	Issued	Eyeglass Gas Mask Date Ordered Date			sk M-1 ate Issue	
				DEN	TURES				
	Туре		*		ates inse	rtad if m	ada ir	service	
Full Upper					ates msei		auc n	i sei vice	
Full Lo	wer	•••••		•••••	•••••	•••••	•••••	•••••	
Partial	Upper	•••••		•••••	•••••	•••••	•••••••	•••••	
Partial	•••••	•••••	••••	•••••	•••••	•••••	••••••	•••••	
			ent wł	nen indu	cted or o	dered to	o activ	e duty.	
		D	RUG (	DR SER	UM SENS	ITIVITY			
Drug of	f Serui	n							
Date or	React	ion							
Type of	React	ion							
Severity	•••••		••••	•••••	•••••	Med	l. Off.	•••••	

Remarks :

Cres.—32205.



Print on regular, A4 printer paper (approximately 70-80gsm). Print on both sides to produce two Immunization Registers.

When printing, be sure to disable any fitting options in the print dialogue to ensure the final print is the correct dimensions.

WWII Reproduction Paperwork by Strictly GI www.strictly-gi.com

W.D., A.G.O. Form 8-117 15 August 1944.

. . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

Dates Each Dose

. . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

Dates Each Dose

. . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

Date

Date of Birth

TETANUS TOXOID

••••

TRIPLE TYPHOID VACCINE

. . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

Date

. . . . . . . .

Med. Off.

. . . . . . .

. . . . . . .

• • • • •

. . . . . . .

. . . . . . .

. . . . . . .

Med. Off.

. . . . . . .

. . . . . . .

. . . . . . .

. . . . . . . .

. . .

. . .

Med. Off.

. . . . . . . .

Med. Off.

Med. Off.

. . . .

. .

CHOLERA VACCINE

. . .

TYPHUS VACCINE

. .

. .

NSA

This Form supersedes M. D. Form 81,23 September 1942, which will not be used after receipt of this revision.

.ov 101

. . . . . . . .

. . . . . . . .

. . . .

. . . .

.....

SMALLPOX VACCINE

IMMUUIZATION REGISTER AND OTHER MEDICAL DATA (SEE AR 40-210)

Type of Reaction

. . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

Dates Each Dose

Blood Group

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . .

Dates Each Dose

**LEFTOM LEVER VACCINE** 

. . . . . . . . . .

. . . . . .

. . .

. . . . .

. . . . . . . . . . .

Med. Off.

. . . . . . . . . .

. . . . .

. . . . . . .

Med. Off.

Race

NAME (LAST, FIRST, MID. INITIAL)