

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

COVID 19 ga qarshi emlash haqida hisobot

§ 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. 동의 동의안함

§ COVID 19 ga qarshi emlash va mumkin bo'lgan noodatiy reaksiyalari haqida yetarli miqdorda ma'lumot oldim va men tibbiy ko'rik natijalariga ko'ra emlash olishga roziman. Men roziman. Men rozi emasman

§ 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§ Agar siz COVID 19 ga qarshi emlanishga rozilik bildirsangiz, iltimos, xavfsiz emlash jarayonini ta'minlash uchun quyidagi savollarni o'qib chiqing va o'zingiz quyidagi shaklni to'ldiring (yoki to'ldirishda qonuniy vakil / vasiydan yordam so'rang).

성명 Ism-sharifi		주민등록번호 (외국인등록번호) Rezident ro'yxatdan o'tkazish raqami (Chet ellikning ro'yxatdan o'tish raqami)	- - - -	(<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여) (<input type="checkbox"/> Er <input type="checkbox"/> Ay)
전화번호 Kontakt	(집) (휴대전화) (Uy) (Mobil)			
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 Emlash maqsadlarida shaxsiy ma'lumotlardan foydalanilishiga rozilik				본인 (법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/> Tasdiqlash (o'zi / qonuniy vakil / vasiy tomonidan) <input checked="" type="checkbox"/>
<p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 33 조의 4 및 동법 시행령 제 32 조의 3 에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <p>Shaxsiy va maxfiy ma'lumotlar “Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida”gi Qonunning 33.4-moddasi va “Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risidagi Qonunni ijro etish to'g'risida”gi Qarorg 32.3-moddasiga binoan to'planadi. To'plangan qo'shimcha ma'lumotlar quyidagicha</p> <ul style="list-style-type: none">• 개인정보 수집. 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등• Maqsad: Bemorga ikkinchi in'yektsiya, tugallash holati, nojo'ya reaksiyalar, emlash va boshqalarga oid ma'lumotlar to'g'risida xabar berish.• 개인정보 수집. 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)• To'planadigan va ishlatiladigan ma'lumotlar: Shaxsiy ma'lumotlar (maxfiy ma'lumotlar, shu jumladan rezidentni ro'yxatdan o'tkazish raqami), kontakt ma'lumotlari (uy / uyali telefon)• 개인정보 보유 및 이용기간: 5 년• Saqlash muddati: 5 yil				

<p>1. 코로나 19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나 19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>1. Men protseduradan oldin "COVID-19 ga qarshi emlashni boshqarish tizimidan" COVID-19 ga qarshi emlash haqidagi yozuvlarni tasdiqlash uchun dastlabki so'rovlarni o'tkazishga roziman.</p> <p>*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>* Agar siz emlash haqidagi yozuvlarning oldindan tasdiqlanishiga rozi bo'lmasangiz, bu keraksiz qo'shimcha yoki takroriy in'yektsiyaga olib kelishi mumkin.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>2. 코로나 19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>2. Men COVID-19 ga qarshi emlash to'g'risida, shu jumladan ikkinchi in'yektsiya va tugallash holatini SMS-xabarlar orqali xabardor qilishlariga rozilik beraman.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>* Agar siz bu xabarnomalarni olishga rozi bo'lmasangiz, siz rozilik bermagan narsalar to'g'risida ma'lumot olmaysiz.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>3. 코로나 19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>3. Men COVID-19 ga qarshi emlash natijasida kelib chiqadigan nojo'ya reaksiyalar haqida xabarnomalarni matnli xabarlar orqali olishga rozilik beraman.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>* Agar siz bu xabarnomalarni olishga rozi bo'lmasangiz, siz rozilik bermagan narsalar to'g'risida ma'lumot olmaysiz.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>접종대상자에 대한 확인사항 Bemorni tasdiqlaydigan narsalar</p>	<p>본인 (법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tasdiqlash (o'zi / qonuniy vakil / vasiy tomonidan) <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>①(여성) 현재 임신 중 입니까? (Ayollar uchun) Siz hozirda homiladormisiz?</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. () Siz bugun ayniqsa betobmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, alomatlarni yozing ()</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>③코로나 19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일) Siz COVID-19 ga test topshirganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, test o'tkazilgan sanani yozing (yil oy kun)</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>④최근 14 일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? So'nggi 14 kun ichida siz biror bir emlash oldingizmi (COVID 19 ga qarshi emlashdan boshqa)?</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>
<p>⑤코로나 19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? ❌'아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)</p>	<p><input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p> <p><input type="checkbox"/>Ha <input type="checkbox"/>Yo'q</p>

Siz COVID 19 ga qarshi emlash olganmisiz? Agar Agar olmagan bo'lsangiz, ⑥ punktga o'ting Agar shunday bo'lsa, iltimos, emlash o'tkazilgan sanani yozing (yil oy kun)		
⑤-1 코로나 19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:) COVID 19 ga qarshi emlashdan so'ng o'tkir allergik reaksiyalar (anafilaksis: shok, nafas olishda qiyinchilik, hushdan ketish, lablarda / og'izda shishish va boshqalar) uchun davolanish kursini oldingizmi? (Sizni o'tkir allergik reaksiyani boshdan kechirishga olib kelgan vaksina:)		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
⑥이전에 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어 주십시오. () O'tkir allergik reaksiyalar (anafilaksis: shok, nafas olishda qiyinchilik, hushdan ketish, lablarda / og'izda shishish va boshqalar) uchun davolanish kursini oldingizmi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, o'tkir allergik reaksiyaga nima sabab bo'lganligini yozing ()		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. () Siz gemostatik(qon tomirlaridan chiqqan qonning qotib qolish holati)buzilishdan aziyat chekasizmi yoki antikoagulyant(qon tomirlaridan chiqqan qonning qotib qolishini oldini oadigan muolaja) davolanish kursini olasizmi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, u kasallik turini yoki siz oladigan antikoagulyantning turini yozing. ()		
본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계: 년 월 일 Ism-sharif (O'zi / qonuniy vakili / vasiy): (Imzo) Bemorga kim bo'ladi: (yil oy kun)		
의사 예진 결과 (의사기록란) Tekshiruv natijalari (shifokorlar uchun)		확인 <input checked="" type="checkbox"/> Tasdiqlash <input checked="" type="checkbox"/>
체온: °C Harorat: °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 Men emlashdan keyingi mumkin bo'lgan nojo'ya reaksiyalarini tushuntirdim.	<input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30 분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 Men bemorga mumkin bo'lgan nojo'ya reaksiyalarini kuzatib borish uchun u emlashdan so'ng 15-30 daqiqa davomida emlash qilingan muassasada qolishi kerakligini tushuntirdim.		<input type="checkbox"/>

예진결과 Tekshiruv natijalari	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능 <input type="checkbox"/> Emlanishga haqlilik
	<input type="checkbox"/> 예방접종 연기 (suyu:) <input type="checkbox"/> Kechiktirish (Sababi:)
	<input type="checkbox"/> 예방접종 금기 (suyu:) <input type="checkbox"/> Taqiqlangan (Sababi:)
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)	
Men yuqorida keltirilgan tashxisni qo'yganligimni tasdiqlayman. Ism-sharifi: (Imzo)	
예방접종 시행자 기록란 Emlash o'tkazuvchi (emlash uchun)	
제조회사 Ishlab chiqaruvchi	백신 제조 번호 Vaksina ishlab chiqarish raqami
접종부위 Emlash joyi	
<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완 <input type="checkbox"/> Chap yelka <input type="checkbox"/> O'ng yelka	
접종자 성명: (서명) Emlash o'tkazuvchi: (Imzo)	