

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

新型冠状病毒肺炎预防接种预诊表

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

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

§ 本人充分获得新型冠状病毒肺炎预防接种须知及预防接种后有可能发生的不良反应相关信息，并将按照医生的预诊结果接受预防接种。 同意 不同意

§ 若同意接受新型冠状病毒肺炎预防接种，为了安全接种请仔细阅读以下提问后填写本人(法定代理人、监护人)确认栏。

姓名		居民登记号码 (外国人登记号码)	-	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
电话号码	(家)	(手机)		
有关预防接种业务的个人信息处理等的同意事项				本人(法定代理人、监护人)确认 <input checked="" type="checkbox"/>
按照《关于预防和管理传染病的法律》第33条之4及同法施行令第32条之3的规定，收集居民登记号码等个人信息和敏感信息。附加收集的项目如下。				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 收集和使用个人信息的目的：发送下次接种、完成接种与否、预防接种后是否发生不良反应的相关短信等 ▪ 收集和使用的个人信息项目：个人信息(包括敏感信息、居民登记号码)、电话号码(家/手机) ▪ 个人信息的保存和使用期限：5年 				
1. 同意在接受新型冠状病毒肺炎预防接种前，事先通过“新型冠状病毒肺炎预防接种管理系统”确认接种对象的预防接种情况。 * 若不同意事先确认预防接种情况，则有可能进行不必要的附加接种或进行交叉接种。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 同意用手机短信接收有关下次接种及完成接种与否的信息。 * 若不同意接收短信，则对不同意的项目不能获得相关信息。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 同意接收有关接种后是否发生不良反应的短信等。 * 若不同意接收短信，则对不同意的项目不能获得相关信息。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
对接对象的确认事项				本人(法定代理人、监护人)确认 <input checked="" type="checkbox"/>
① (女性)当前是否怀孕?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
② 今天是否有与过去不同的病征? 请填写症状。 ()				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

③ 是否曾被诊断为新型冠状病毒肺炎? 若是, 则请填写诊断日期。 (年 月 日)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
④ 近14天内是否接受过疫苗(除新型冠状病毒肺炎疫苗以外)接种?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑤ 是否曾接种过新型冠状病毒肺炎疫苗? 若回答“否”, 则跳到第⑥项。 若是, 则请填写接种日期。(接种日期: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑤-1 是否因接种后出现严重过敏反应(Anaphylaxis: 休克、呼吸困难、失去知觉、嘴唇和口腔浮肿等)接受过治疗? (出现严重过敏反应的疫苗种类:)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑥ 过去是否因严重过敏反应(Anaphylaxis: 休克、呼吸困难、失去知觉、嘴唇和口腔浮肿等)接受过治疗? 若是, 则请填写您所知道的引发了严重过敏反应的物质。 ()		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑦ 是否有凝血功能障碍或服用抗凝剂? 若是, 则请填写疾病名称或药物种类。 ()		
本人(法定代理人、监护人)姓名: (署名)		与接种对象的关系: 年 月 日
医生预诊结果(医生记录栏)		确认 <input checked="" type="checkbox"/>
体温: °C	对接种后有可能出现的不良反应进行了说明。 <input type="checkbox"/>	
说明了“为了观察不良反应, 接种后应在预防接种机构逗留15~30分钟”。		<input type="checkbox"/>
预诊结果	<input type="checkbox"/> 可以进行预防接种	
	<input type="checkbox"/> 推迟预防接种(理由:)	
	<input type="checkbox"/> 预防接种禁忌(理由:)	
兹证明, 进行了上述问诊和诊察。		医生姓名: (署名)
预防接种实施人记录栏		
制造商	疫苗制造编号	接种部位
		<input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 右上臂
		接种人姓名: (署名)

성명		주민등록번호 (외국인등록번호)	-	(남 여)
전화번호	(집)	(휴대전화)		
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항				본인 (법정대리인, 보호자) 확인
<p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등 ▪개인정보 수집·이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화) ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년 				
<p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p>				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p>				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p>				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종대상자에 대한 확인사항				본인 (법정대리인, 보호자) 확인
①(여성) 현재 임신 중 입니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? ☞'아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

(중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:)		
⑥이전에 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어 주십시오.()		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.()		
본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명)		접종대상자와의 관계: 년 월 일
의사 예진 결과 (의사기록란)		확인
체온: °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음	<input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		<input type="checkbox"/>
예진결과	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능	
	<input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유:)	
	<input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)		
예방접종 시행자 기록란		
제조회사	백신 제조 번호	접종부위
		<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완
접종자 성명: (서명)		