## 예방접종 예진표

안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 본인(법정대리인, 보호자)							
전화번호	(집) (휴대	대전화)		체	중 kg		
실제 생년월일		외국인 등록번호		-		(□남 □여)	
성 명		주민등록번호		-		(□남 □여)	

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	본인(법정대리인, 보호자)				
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 <b>주민등록번호 등 개인정</b>	확인 ☑ 보 및 미간정보록 수진하고				
있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.					
■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발·	생 여부관련 문자				
■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년					
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는					
것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할	□ 예 □ 아니오				
* 에당입당 대학의 자연확인에 당의하지 않는 성부, 물필요한 무기업당 모든 표자입당이 필정될 수 있습니다.					
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.	□ 예 □ 아니오				
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다.	_ " _ ' ' .				
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오				
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑				
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. (	□ 예 □ 아니오				
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오				
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명:	□ 예 □ 아니오				
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (	□ 예 □ 아니오				
경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	□ 예 □ 아니오				
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 :	□ 예 □ 아니오				
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오				
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오				
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :	□ 예 □ 아니오				
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	□ 예 □ 아니오				
의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.					
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계	<b>1</b> :				
* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( -	)				
년	월 일				
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) 확인 ☑					
체온 : ℃ 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였	음				
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음					

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)				
체온 : ℃ 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음				
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음				
문진결과 :				
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서	l명)			

## **Immunization Screening Questionnaire**

To ensure safe vaccinations, please read the following questions carefully and mark Patient/Parent or Legal Guardian as appropriate.

Name			Resident Registration Numbers	_	(□Male □Female)
Date of Birth (YYYY.MM.DD)			Foreign Registration Number	_	(□Male □Female)
Telephone	(Home)	(Ce	ell Phone)	Weight	kg
					Patient/ Parent or Legal

Тоюрноно	(1101110)	(0	on Thomas		***Oigint				1.9
	Release of I	Personal '	Vaccination	Information		Patient, Guardia	_		Legal
We collect personal information including Foreign Registration Number and Sensitive Information in accordance with the "INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 24, 32 and the "ENFORCEMENT DECREE OF THE INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 32-3. The additional personal information to be collected is as follows:    Personal information collection·processing purpose: sending reminder messages regarding upcoming vaccination dates, confirmation messages for received vaccinations, and messages regarding the monitoring of adverse events following immunization.    Personal information collection·processing category: personal information(including Foreign Registration Number and Sensitive Information), telephone(home, cell phone)									
I hereby consent Immunization Regi	istry Information S	of my o	3).	vaccination recors	_		Yes		No
I hereby conse	nt to receiving eceived vaccinatio	reminder ons.	messages	for upcoming va	accinations and		Yes		No
	t to receiving me	essages fo	r the monito	oring of adverse	events following				
immunization.  * Denying conse				ation on adverse e			Yes		No
immunization.						Detiont	/ Doro	-st 01	Logol
	Pre-Imm	unization	Screening	Checklist		Patient, Guardia			Legai
Are you feeling s	sick today? If yes	, please de	escribe any sy	ymptoms.	)		Yes		No
Have you ever medications, foo	experienced ands (especially ego	allergic reage), or vac	action such cinations?	as urticaria or ra	ash to certain		Yes		No
Have you ever e please specify th		adverse eve	nts following	vaccination in the	e past? If yes,		Yes		No
Have you ever be kidney, or liver p please specify.(	een diagnosed wit problems, metabol	h or treated lic diseases	d for congenit s (e.g. diabet	tal anomaly, asthm tes), or blood disc	na, lung, heart, orders? If yes, )		Yes		No
Have you experi syndrome)?	ienced seizures (	or other ne	ervous syster	m disorders (e.g.	Guillain-Barre		Yes		No
Do you have car please describe.		diseases,	or any other	immune system pi )	roblem? If yes,		Yes		No
	months, have you diation treatment?		sone, prednis	sone, other steroids	or anti-cancer		Yes		No
In the past year,	have you ever re	eceived a b	lood transfus	sion or immunoglob	oulin?		Yes		No
Have you receive	ed any vaccination	ns within th	e past month	n? If yes, please s	pecify.		Yes		No
(For women) Are month?	you pregnant or	is there a	chance of be	ecoming pregnant	within the next		Yes		No
I hereby confirm immunizations (	that I have been AEFIs), and here	informed o	of my examin to receiving v	nation results and vaccination(s).	of the potential	adverse	event	s fol	lowing
Patient or Parent/Legal Guardian: (Name) (Signature) (Signature) (Relationship to patient)  * National Registration Number of legal guardian (if your child's birth has not yet been registered):  Date: (yyyy) (mm) (dd)									
Resul	te of Pre-Vaccir	nation Scr	eening (to h	pe completed by	a physician)			heck	
Body temperature			l have explai	ned about possibl		nization			]
I have explained			(AEFI) uld stay at th	e medical institutio	on for 20~30 min	utes for			<u>-</u> 1
observation.  Results of history	/-takina :								
		d physical e	examination.	the vaccine recipie	ent is able to rec	ceive vac	cinatio	ons.	

Body temperature: °C	I have explained about possible risks of immunization (AEFI)					
I have explained that the vaccine recipient should stay at the medical institution for 20~30 minutes for observation.						
Results of history-taking:						
Based on the patient's history and physical examination, the vaccine recipient is able to receive vaccinations. Physician (Name): (Signature)						
		_				