

※ □, () 표시된 곳을 작성해주세요

※ 예시파일 입니다. **코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

※ 모르실 시 공란으로 두세요

#이곳으로 보내주세요

합평군공립요양병원

fax) 061-322-4119

e-mail) hp3224119@naver.com

- 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 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성명	(환자이름)	주민등록번호 (외국인등록번호)	(환자분 주민번호) <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
전화번호	(집)	(휴대전화)	(보호자분 연락처)
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
<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 			
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.			
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.			
3. 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.			
접종 대상자에 대한 확인 사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
① (여성) 현재 임신 중입니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ()			<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일)			<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
④ 최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종받은 적이 있습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
⑤ 코로나19 백신을 접종받은 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? (중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:)			<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
⑥ 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오. ()			<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
⑦ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()			
본인(법정대리인, 보호자) 성명 (보호자 이름) (서명) (보호자 서명)			접종대상자와의 관계 : (환자분과의 관계) 년 월 일
의사 예진 결과 (의사 기록란)			확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 : ℃ 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)
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란			
제조회사	백신 제조 번호	접종부위	
		<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완	
접종자 성명: (환자이름)			

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

- 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 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성명		주민등록번호 (외국인등록번호)	- (□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
<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> <p>■ 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)</p> <p>■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년</p>			
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.			□ 예 □ 아니오
* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.			
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 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.			
3. 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.			□ 예 □ 아니오
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.			
접종 대상자에 대한 확인 사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
① (여성) 현재 임신 중입니까?			□ 예 □ 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ()			
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일)			□ 예 □ 아니오
④ 최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종받은 적이 있습니까?			
⑤ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☞ '아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)			□ 예 □ 아니오
⑤ -1 코로나19 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:)			
⑥ 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오. ()			□ 예 □ 아니오
⑦ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()			
본인(법정대리인, 보호자) 성명 :		(서명)	접종대상자와의 관계 : 년 월 일
의사 예진 결과 (의사 기록란)			확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 : ℃		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)
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란			
제조회사		백신 제조 번호	접종부위
			<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완
접종자 성명:			