

# 코로나19 예방접종 예진표



시각장애인을 위한 QR코드

- 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)		-	( <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여)
전화번호	(집)	(휴대전화)		

## 예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항

본인(법정대리인, 보호자) 확인

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.

- 개인정보 수집·이용 목적 : 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 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.

예  아니오

\* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.

2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다.

예  아니오

\* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.

※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.

## 접종대상자에 대한 확인사항

본인(법정대리인, 보호자) 확인

① (여성) 현재 임신 중 입니까?

예  아니오

② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )

예  아니오

③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.( 년 월 일)

예  아니오

④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까?  '아니오' 일 경우 ⑤번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)

예  아니오

④ - 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: )

예  아니오

④ - 2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?

예  아니오

(중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류: )

⑤ - 1 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

⑤ - 2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단 받은 적이 있습니까?

예  아니오

⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( )

예  아니오

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명)      접종대상자와의 관계 :      년      월      일

## 의사 예진 결과 (의사기록란)

확인

체온 : °C      예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음

'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음

- 예진 결과
- 예방접종 가능
  - 예방접종 연기(사유: )
  - 예방접종 금기(사유: )

이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다.      의사성명 : (서명)

## 예방접종 시행자기록란

제조회사      백신 제조 번호      접종부위  
 좌측 상완     우측 상완

접종자 성명: (서명)