**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Форма предварительного медицинского осмотра для профилактической вакцинации против COVID-19**

|  |
| --- |
| §코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. § Я получил (-а) достаточно информации о профилактической вакцинации против коронавирусной инфекции (далее - COVID-19) и возможных побочных реакциях, которые могут возникнуть после вакцинации. Я пройду вакцинацию в соответствии с заключением врача после предварительного медицинского осмотра. **☐동의 Согласен(-на)** **☐동의안함** **Не согласен(-на)**§코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.§ Если вы согласны пройти вакцинацию против COVID-19, пожалуйста, внимательно прочтите следующие вопросы и ответьте на них, поставив отметку в соответствующем поле лично (официальным представителем, опекуном), для безопасного проведения вакцинации. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명ФИО |  | 주민등록번호(외국인등록번호)Идентификационный номер регистрации гражданина (Идентификационный номер иностранца) |  - (☐남 ☐여) - (☐М ☐Ж) |
| 전화번호Номер телефона |  (집) (Домашний)  |  (휴대전화) (Мобильный) |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항****Соглашение об обработке персональных данных для проведения вакцинации**  | **본인 (법정대리인, 보호자)** **Я (официальный представитель или опекун)****확인 ☑****Подтверждаю ☑**  |
| 「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 관련 문자 등▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년Персональные данные и конфиденциальная информация, например, идентификационный номер регистрации гражданина, собирается в соответствии с пунктом 33-4 закона «О контроле и профилактике инфекционных заболеваний» и пунктом 32-3 Указа об исполнении того же закона. Дополнительная информация собирается в соответствии с нижеследующим.▪ Цель сбора и использования персональных данных: Отправка сообщений, касающихся последующих прививок, завершения вакцинации, побочных реакций, возникших после вакцинации и т.д.▪ Собираемые и используемые персональные данные: Персональные данные (включая конфиденциальную информацию и идентификационный номер регистрации гражданина), номер телефона (домашний/мобильный телефон) ▪ Срок хранения и использования личной информации: 5 лет  |
| 1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.1. Я согласен(-на) на проверку прививочного анамнеза перед вакцинацией COVID-19 через <систему контроля вакцинации против COVID-19>\* При несогласии с предварительной проверкой прививочного анамнеза возможно введение ненужной дополнительной дозы или введение иного типа вакцины. | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
| 2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다. \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.2. Я согласен(-на) получать сообщения на мобильный телефон с информацией о следующей прививке и завершении вакцинации против COVID-19.\* В случае несогласия на получение сообщений, вы не будете получать информацию о пунктах, на которые вы не давали согласия. | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.3. Я согласен(-на) получать сообщения, связанные с проверкой возникновения побочных эффектов после вакцинации против COVID-19. \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.\* В случае несогласия на получение сообщений, вы не будете получать информацию о пунктах, на которые вы не давали согласия. | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
| **접종대상자에 대한 확인사항****Контрольный перечень вопросов для вакцинируемых лиц** | **본인 (법정대리인, 보호자)** **Я (официальный представитель или опекун)****확인 ☑****Подтверждаю ☑** |
|  ①(여성) 현재 임신 중 입니까?① (Для женщин) Беременны ли вы на данный момент? | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.② Испытываете ли вы сегодня боль, которой не было прежде? Опишите, что у вас болит. ( ) | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.( 년 월 일)③ Вам когда-либо ставили диагноз COVID-19? Если «да», укажите дату постановки диагноза.\_\_(год) \_\_(месяц) \_\_\_\_(день) | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? ④ Получали ли вы какие-либо прививки в течение последних 14 дней (помимо вакцинации против COVID-19)? | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로** 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)⑤ Вы когда-нибудь делали прививку против COVID-19? **☞ Если «нет», переходите к вопросу ⑥**Если «да», укажите дату вакцинации. (Дата вакцинации: \_\_(год) \_\_(месяц) \_\_\_\_(день)) | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  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: )⑤-1 Получали ли вы когда-либо лечение тяжелой аллергической реакции (анафилаксия: шок, затрудненное дыхание, потеря сознания, отек губ/ полости рта и т.д.) после вакцинации против COVID-19?(Типы вакцин, вызвавшие тяжелую аллергическую реакцию: ) | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  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.( )⑥ Получали ли вы когда-либо лечение тяжелой аллергической реакции (анафилаксия: шок, затрудненное дыхание, потеря сознания, отек губ/ полости рта и т.д.)? Если «да», укажите, если знаете, что вызывает у вас тяжелую аллергическую реакцию.( ) | ☐예 (Да) ☐아니오 (Нет) |
|  ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )⑦ Есть ли у вас нарушение свертываемости крови или принимаете ли вы антикоагулянты? Если «да», укажите название заболевания или тип лекарства.( ) |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명 Я (официальный представитель или опекун), ФИО: (서명 Подпись) 접종대상자와의 관계Связь по отношению к вакцинируемому лицу:  년 월 일 \_\_(год) \_\_(месяц) \_\_\_\_(день) |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**Заключение предварительного медицинского осмотра (Заполняется врачом) | **확인☑****Подтверждаю ☑** |
| 체온: ℃Температура: ℃ | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음Побочные эффекты, которые могут возникнуть после вакцинации, объяснены.  | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음 Было разъяснено, что необходимо оставаться в пункте вакцинации в течение 15-30 минут для наблюдения, на случай, если после вакцинации возникнут какие-либо побочные реакции. | ☐ |
| 예진결과Заключение предварительного мед.осмотра |  □예방접종 가능 □ Можно вакцинироваться |
|  □예방접종 연기(사유: )□ Вакцинацию следует отложить (Причина: ) |
|  □예방접종 금기(사유: )□ Вакцинация противопоказана (Причина: ) |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)Подтверждаю, что опрос и медицинский осмотр проведены. ФИО врача: (Подпись) |
| **예방접종 시행자 기록란****Поля, заполняемые лицом, проводящим вакцинацию** |
| 제조회사Компания-производитель | 백신 제조 번호Серийный номер вакцины | 접종부위Место введения вакцины |
|  |  | □좌측 상완 □우측 상완□ Левое плечо □ Правое плечо |
|  접종자 성명: (서명) ФИО вакцинируемого лица: (Подпись) |