**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 읽어 보시고 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☑** |
| 「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: 5년 | | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| 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. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| **접종대상자에 대한 확인사항** | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까? | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ( ) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 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: ) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오 |
| 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.( ) | | | | | | | | | ☐예 ☐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: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 | | | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음 | | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과 | □예방접종 가능 | | | | | | | | |
| □예방접종 연기(사유: ) | | | | | | | | |
| □예방접종 금기(사유: ) | | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명:  (서명) | | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란** | | | | | | | | | |
| 제조회사 | | | 백신 제조 번호 | | | | | 접종부위 | |
|  | | |  | | | | | □좌측 상완 □우측 상완 | |
| 접종자 성명: (서명) | | | | | | | | | |