**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Laporan Vaksinasi COVID-19**

§코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다.

§Saya telah menerima informasi dengan baik mengenai vaksinasi COVID-19 dan reaksi abnormal yang mungkin timbul, dan saya setuju untuk menjalani vaksinasi berdasarkan hasil pemeriksaan medis saya.

**☐동의 ☐동의안함**

**☐ Saya setuju. ☐ Saya tidak setuju.**

§코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§Jika Anda setuju untuk menjalani vaksinasi COVID-19, silakan baca pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk memastikan proses vaksinasi yang aman, dan isilah formulir di bawah ini oleh Anda sendiri (atau minta bantuan wali/perwakilan hukum Anda).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명Nama |  | 주민등록번호(외국인등록번호)Nomor Pendaftaran Penduduk(Nomor Pendaftaran Orang Asing) | - (☐남 ☐여)- (☐L ☐P) |
| 전화번호Kontak | (집)(휴대전화)(Rumah)(Seluler) |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항****Persetujuan Penggunaan Informasi Pribadi untuk Keperluan Vaksinasi** | **본인 (법정대리인,** **보호자) 확인☑****Konfirmasi (oleh****diri sendiri/perwakilan hukum/wali)☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.Informasi pribadi dan sensitif dikumpulkan sesuai dengan Pasal 33.4 dalam Undang-Undang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular dan Pasal 32.3 dalam Surat Keputusan Penegakan Undang-Undang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular. Hal-hal tambahan yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등▪ Tujuan: Untuk menyampaikan informasi kepada pasien terkait dengan injeksi kedua, status penyelesaian, reaksi abnormal, vaksinasi, dll.▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)▪ Hal-hal yang Dikumpulkan dan Digunakan: Informasi pribadi (informasi sensitif, termasuk Nomor Pendaftaran Penduduk), informasi kontak (rumah/telepon seluler)▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년▪ Masa Penyimpanan: 5 tahun |
| 1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.1. Saya setuju untuk menjalani pemeriksaan pendahuluan untuk mengonfirmasi catatan vaksinasi COVID-19 dari “Sistem Manajemen Vaksinasi COVID-19” sebelum prosedurnya.\*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.\*Jika Anda tidak menyetujui konfirmasi pendahuluan atas catatan vaksinasi, mungkin akan menyebabkan injeksi ganda atau tambahan yang tidak perlu. | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| 2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.2. Saya setuju untuk menerima pemberitahuan mengenai informasi terkait vaksinasi COVID-19, termasuk injeksi kedua dan status penyelesaian, melalui pesan teks.\*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.\*Jika Anda tidak setuju untuk menerima pemberitahuan, Anda tidak akan menerima informasi tentang hal-hal yang tidak Anda berikan izin untuk itu. | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.3. Saya setuju untuk menerima pemberitahuan mengenai reaksi abnormal yang disebabkan oleh vaksinasi COVID-19 melalui pesan teks.\*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.\*Jika Anda tidak setuju untuk menerima pemberitahuan, Anda tidak akan menerima informasi tentang hal-hal yang tidak Anda berikan izin untuk itu. | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| **접종대상자에 대한 확인사항****Hal-Hal untuk Dikonfirmasi Pasien** | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑****Konfirmasi (oleh diri sendiri/perwakilan hukum/wali)☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?(Untuk perempuan) Apakah saat ini Anda sedang hamil? | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )Apakah Anda merasa tidak enak badan hari ini? Jika demikian, silakan sampaikan gejala-gejala yang Anda alami.( ) | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.( 년 월 일)Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan COVID-19? Jika demikian, silakan tuliskan tanggal saat Anda menjalani pengujian tersebut.(TTTT.BB.HH) | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?Pernahkah Anda menjalani vaksinasi (selain COVID-19) dalam 14 hari terakhir? | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? **☞’아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**있다면 접종일을 적어주십시오.(접종일: 년 월 일)Pernahkah Anda menjalani vaksinasi COVID-19? ☞ **Jika belum, langsung ke ⑥**Jika demikian, silakan tuliskan tanggal saat Anda menerima vaksinasi tersebut.(TTTT.BB.HH) | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| ⑤-1코로나19 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: )Pernahkah Anda menjalani pengobatan untuk reaksi alergi parah setelah menjalani vaksinasi COVID-19 (Anafilaksis: syok, sesak napas, kehilangan kesadaran, edema pada bibir/dalam mulut, dll.)?(Vaksin yang membuat Anda mengalami reaksi alergi parah: ) | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| 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.( )Pernahkah Anda menjalani pengobatan untuk reaksi alergi parah (Anafilaksis: syok, sulit bernapas, hilang kesadaran, edema pada bibir/dalam mulut, dll.) sebelumnya? Jika demikian, silakan tuliskan apa penyebab reaksi alergi parah tersebut.( ) | ☐예 ☐아니오☐ Ya ☐ Tidak |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까?있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( )Apakah Anda menderita gangguan hemostatik atau sedang menjalani pengobatan antikoagulan?Jika demikian, silakan tuliskan jenis penyakit atau antikoagulan yang Anda terima.( ) |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:년 월 일Nama (diri sendiri/perwakilan hukum/wali): (Tanda tangan) Hubungan dengan Pasien:TTTT.BB.HH |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)****Hasil Pemeriksaan (untuk Dokter)** | **확인☑****Konfirmasi☑** |
| 체온: ℃Suhu: ℃ | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음Saya telah menjelaskan reaksi-reaksi yang mungkin timbul setelah vaksinasi. | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음Saya telah menjelaskan bahwa pasien harus tetap berada di fasilitas vaksinasi selama 15–30 menit setelah menjalani vaksinasi untuk mengamati reaksi abnormal yang mungkin timbul. | ☐ |
| 예진결과Hasil Pemeriksaan | □예방접종 가능□ Layak untuk Vaksinasi |
| □예방접종 연기(사유: )□ Ditunda(Alasan: ) |
| □예방접종 금기(사유: )□ Dilarang(Alasan: ) |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명:(서명)Dengan ini, saya menegaskan bahwa saya telah membuat diagnosis di atas. Nama:(Tanda Tangan) |
| **예방접종 시행자 기록란****Vaksinasi (Untuk Vaksinator)** |
| 제조회사Produsen | 백신 제조 번호Nomor Produksi Vaksin | 접종부위Lokasi Vaksinasi |
|  |  | □좌측 상완 □우측 상완□ Lengan Kiri Atas □ Lengan Kanan Atas |
| 접종자 성명:Vaksinator: |