**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

新型コロナウイルス感染症予防接種予診表

|  |
| --- |
| §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.  §新型コロナウイルス感染症-(以下、新型コロナ)予防接種の案内および予防接種後に発生しうる異常反応に関する情報を十分に受け取り、医師の予診結果による予防接種を受けます。　□同意　□同意しない  §新型コロナ予防接種を受けることに同意する場合、安全な予防接種のために 下記の質問事項をよくお読みになりり、本人(法定代理人、保護者)確認欄に記録してください。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  氏名 | |  | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  住民登録番号  (外国人登録番号) | | - (☐남 ☐여)  - (☐男 ☐女) | | |
| 전화번호  電話番号 | | (집)  (自宅) | | | | (휴대전화)  (携帯電話) | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **予防接種業務のための個人情報の処理などに対する同意事項** | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **本人(法定代理人、保護者) 確認☑** |
| 「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  「感染症の予防および管理に関する法律」第33条の4および同法施行令第32条の3に基づき、住民登録番号などの個人情報および敏感情報を収集しています。追加収集される項目は以下のとおりです。  ・個人情報の収集・利用目的：次の接種および完了可否、予防接種後の異常反応可否関連メールなど  ・個人情報の収集・利用項目：個人情報(敏感情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話)  ・個人情報の保有および利用期間：5年 | | | | | | | | | |
| 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.新型コロナ予防接種前に、接種対象者の予防接種の内訳を<新型コロナ予防接種管理システム>で事前確認することに同意します。  \*予防接種の内訳の事前確認に同意しない場合、不必要な追加接種または交差接種が生じることがあります。 | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| 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.新型コロナ予防接種の次の接種および完了可否に関する情報を携帯メールで受信することに同意します。  \*メールの受信に同意しない場合、同意しない項目の情報を受信できません。 | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3.新型コロナ予防接種後、異常反応の発生可否に関連したメールなどを受信することに同意します。  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*メールの受信に同意しない場合、同意しない項目の情報を受信できません。 | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **接種対象者に対する確認事項** | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **本人(法定代理人、保護者) 確認☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  ①(女性)現在妊娠中ですか? | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ②以前と違って今日具合の悪い所がありますか? 症状を記入してください。  ( ) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  ③新型コロナ感染と診断されたことはありますか? あれば診断日を記入してください。  ( 年 月 日) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  ④最近14日以内にワクチン(コロナワクチン以外)の接種を受けたことはありますか? | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)  ⑤新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか?  **☞‘いいえ’の場合 ⑥番へ**  ある場合は接種日を記入してください。 (接種日： 年 月 日) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| 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 新型コロナワクチンの接種後、重症アレルギー反応(アナフィラキシー：ショック、呼吸困難、意識消失、唇/口内の浮腫など)が現れて治療を受けたことはありますか?  (重症アレルギー反応が現れたワクチンの種類： ) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| 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以前、重症アレルギー反応(アナフィラキシー：ショック、呼吸困難、意識消失、唇/口内の浮腫など)が現れて治療を受けたことはありますか? ある場合、重症アレルギー誘発物質が何であるかわかれば記入してください。( ) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐はい ☐いいえ |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )  ⑦血液凝固障害を患っているか、抗凝固剤を服用中ですか? そうであれば疾患名または薬の種類を記入してください。( ) | | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  년 월 일  本人(法定代理人、保護者)氏名： (署名) 　　　　　　　接種対象者との関係：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  **医師予診結果(医師記録欄)** | | | | | | | | | **확인☑**  **確認☑** |
| 체온: ℃  体温： ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  予防接種後、異常反応について説明した | | | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  「異常反応を観察するために、接種後15～30分間は予防接種機関に留まること」を説明した | | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  予診結果 | □예방접종 가능  □予防接種の可能 | | | | | | | | |
| □예방접종 연기(사유: )  □予防接種の延期(事由： ) | | | | | | | | |
| □예방접종 금기(사유: )  □予防接種の禁忌(事由： ) | | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)  以上の問診および診察を行ったことを確認します。 医師氏名： (署名) | | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  予防接種施行者記録欄 | | | | | | | | | |
| 제조회사  製造会社 | | | 백신 제조 번호  ワクチン製造番号 | | | | | 접종부위  接種部位 | |
|  | | |  | | | | | □좌측 상완 □우측 상완  □左上腕 □右上腕 | |
| 접종자 성명: (서명)  接種者氏名： (署名) | | | | | | | | | |