

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해 주시기 바랍니다.
※ こちらの翻訳文は民願申請の参考用であり、提出時には既存の韓国語の書式に韓国語でご記入くださいますようお願いいたします。

- 예방접종의 실시기준 및 방법 [별지 제1호 서식]
■ 予防接種の実施基準及び方法 [別紙第1号書式]

예방접종 예진표
予防接種予診票

안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
安全に予防接種を行うために下記の質問をよくお読みの上、接種対象者本人（法定代理人、保護者）確認欄に記入してください。

성명 氏名		주민등록번호 住民登録番号	-	(□남 □여) (□男 □女)
실제 생년월일 実際の生年月日		외국인 등록번호 外国人登録番号	-	(□남 □여) (□男 □女)
전화번호 電話番号	(집) (固定電話)	(휴대전화) (携帯電話)	체중 体重	kg kg

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等に対する同意事項	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ 接種対象者本人（法定代理人、保護者）の確認 ☒
<p>‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <p>「감염병의予防及び管理に関する法律」第32条及び同法施行令第32条の3に基づき、住民登録番号等の個人情報及び機微情報を取得しています。追加で取得する項目は下記のとおりです。</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부관련 알림 서비스를 문자 및 모바일앱으로 제공</p> <p>■ 個人情報の取得・利用の目的: 次に受ける定期予防接種及び接種状況、予防接種後の副反応発生有無に関する通知サービスを携帯メッセージ及びモバイルアプリで提供</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)</p> <p>■ 個人情報の取得・利用項目: 個人情報（機微情報、住民登録番号を含む）、電話番号（固定/携帯電話）</p> <p>■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년</p> <p>■ 個人情報の保存及び利用期間: 5年</p>	
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 予防接種を受ける前に接種を受ける者の予防接種歴を予防接種統合管理システムで事前に確認することに同意します。 * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. * 予防接種歴の事前確認に同意しない場合、不要な追加接種又は交差接種が行われるおそれがあります。	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. 次に受ける定期予防接種及び完了状況に関する情報を携帯メッセージ及びモバイルアプリで受信することに同意します。 * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. * 通知の受信に同意しない場合、同意しない項目に関する情報を受信することができません。	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 알림을 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. 予防接種後の副反応の発生有無に関する通知を携帯メッセージ及びモバイルアプリで受信することに同意します。 * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. * 通知の受信に同意しない場合、同意しない項目に関する情報を受信することができません。	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ

접종대상자에 대한 확인 사항 接種対象者に対する確認事項		본인(법정대리인, 보호자) 확인 □ 接種対象者本人（法定代理人、保護者）の確認 □
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. 今日、体調の悪いところはありますか？ある場合、症状を記入してください。 ()	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까? 薬や食品（卵を含む）、ワクチン接種によって皮膚に発疹やじんましんが出たり、アレルギー反応が起こったりしたことはありますか？	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종증을 적어주십시오. これまでに予防接種を受けて体調が悪くなったことはありますか？ある場合、予防接種の種類を記入してください。 (예방접종명 :) (예방접종의 종류 :)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰받거나 치료받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. 生まれてから今までに先天性異常、喘息及び肺疾患、心臓、腎臓、肝臓、糖尿及び内分泌疾患、血液疾患にかかり、診察・治療を受けたことはありますか？ある場合、病名を記入してください。 ()	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함) 이 있습니까? 今までにけいれんを起こしたり、その他の脳神経症状（ギラン・バレー症候群を含む）が発症したことはありますか？	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. がん、白血病又は免疫不全症にかかったことはありますか？ある場合、病名を記入してください。 (병명 :) (病名 :)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? 3か月以内にステロイド剤・抗がん剤の投与、放射線治療を受けましたか？	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까? 1年以内に輸血を受けたことや免疫グロブリンを投与されたことはありますか？	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종증을 적어 주십시오. 1か月以内に予防接種を受けましたか受けた場合、予防接種の種類を記入してください。 (예방접종명 :) (예방접종의 종류 :)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까? (女性) 現在妊娠している可能性や、今後一か月以内に妊娠する可能性がありますか。	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ	
<div>의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니까. 医師による診察結果と副反応についての説明を受けた上で予防接種を希望します。</div> <div>본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 接種対象者本人（法定代理人、保護者）の氏名 : (署名) 接種対象者との関係 : * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-) * 接種を受ける者が出生届を提出する前の新生児の場合は法定代理人の住民登録番号(-) 년 월 일 年 月 日</div>		
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) 医師による予診結果（医師記録欄）		확인 □ 確認 □
체온 : °C 体温 : °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 予防接種後の副反応について説明した。	☐ ☐

‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음 「副反応を観察するために、接種後20～30分間は接種した機関で待機しなければならない」ことを説明した。	☐ ☐
문진결과 : 問診結果 :	
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 以上の問診及び診察の結果、予防接種が可能です。	의사성명 : (서명) 医師氏名 : (署名)

210mm× 297mm(보존용지(2종) 70g/㎡)