※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Обратите внимание, что переведенный документ предназначен только для информации при подаче обращения, саму форму следует заполнять и подавать на корейском языке.

서 식 1
Форма 1

코로나19 예방접종 예진표
Анкета предварительного скринингового опроса перед вакцинацией от COVID-19

▪ 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ **동의** ☐ **동의안함**
▪ Я достаточно проинформирован(-а) о вакцинации от коронавирусной инфекции (далее называемой COVID-19) и поствакцинальных побочных реакциях и соглашаюсь на проведение прививки по результатам предварительного осмотра врача. ☐ **Даю согласие** ☐ **Не даю согласия**
▪ 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
▪ В случае согласия на прохождение вакцинации от COVID-19 внимательно прочтите приведенные ниже вопросы и ответьте на них в графе «Ответ вакцинируемого (законного представителя, представителя)» с целью обеспечения безопасной вакцинации.

성 명 Фамилия, имя		주민등록번호(외국인등록번호) Рег. № постоянного жителя (рег. № иностранного гражданина)	– (☐남 ☐여) - (☐ муж. ☐ жен.)
전화번호 Тел.	(집) (Дом. тел.)	(휴대전화) (Моб. тел.)	

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 **Согласие на обработку персональных данных в целях вакцинации**	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑** **Ответ вакцинируемого лица (законного представителя, представителя)** **☑**
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다. В соответствии со ст. 33-4 Закона о профилактике и контроле за инфекционными заболеваниями и ст. 32-3 Указа о применении того же Закона осуществляется сбор персональных и чувствительных данных (регистрационный номер постоянного жителя и др.). Ниже представлен перечень дополнительно собираемых данных. ▪ 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 ▪ Цель сбора и использования персональных данных: информационные текстовые сообщения, касающиеся следующей прививки, завершения вакцинации, возникновения поствакцинальных побочных реакций и др. ▪ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ▪ Идентифицирующая личность информация: персональные данные (включая чувствительные данные, регистрационный номер постоянного жителя), номер телефона (дом./моб.) ▪ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 ▪ Срок хранения и использования персональных данных: 5 лет	
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. Настоящим до проведения прививки от COVID-19 даю согласие на предварительную проверку данных о пройденной вакцинации вакцинируемого лица с помощью <Системы управления вакцинацией от COVID-19>. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет

* В случае несогласия с предварительной проверкой данных о пройденной вакцинации может быть проведена ненужная дополнительная или перекрестная вакцинация.	
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다. 2. Настоящим даю согласие на получение текстовых сообщений, касающихся следующей прививки от COVID-19, завершения вакцинации, возникновения поствакцинальных побочных реакций и т. д. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. * В случае несогласия с получением текстовых сообщений Вы не сможете получать информацию, на которую Вы не давали согласия. ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계없이 안내가 이루어질 수 있습니다. ※ Однако в целях защиты жизни и здоровья вакцинированного лица важная информация, касающаяся побочных реакций, может быть предоставлена независимо от наличия/отсутствия согласия.	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항 **Сведения о вакцинируемом лице, подлежащие проверке**	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑** **Ответ вакцинируемого лица (законного представителя, представителя) ☑**
① (여성) 현재 임신 중입니까? ① (Вопрос касается только женщин) Беременны ли Вы?	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( ) ② Чувствуете ли Вы себя больным(-ой) сегодня? Укажите симптомы ( ).	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
③ 코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일) ③ Был ли у Вас диагностирован COVID-19? Если «Да», укажите дату постановки диагноза.(ГГГГ. ММ. ДД.)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☞ **'아니오' 일 경우 ⑤-1번 문항으로** 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일) ④ Вакцинировались ли Вы от Covid-19? ☞ **Если «Нет», перейдите к вопросу ⑤-1.** Если «Да», укажите дату последней прививки (дата прививки: ГГГГ ММ ДД)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
④-1 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:) ④-1 Проходили ли Вы когда-либо лечение тяжелой аллергической реакции (анафилаксия: шок, затрудненное дыхание, потеря сознания, отек губ/рта и т. д.) после вакцинации от COVID-19? (Тип вакцины, при которой возникла тяжелая аллергическая реакция:)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
④-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:) ④-2 Проходили ли Вы когда-либо лечение тяжелых побочных реакций, таких как тромбоцитопенический тромбоз, синдром повышенной проницаемости капилляров, миокардит/перикардит и др., после вакцинации от COVID-19? (Тип тяжелой побочной реакции: , тип вакцины, при которой возникла побочная реакция:)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
⑤-1 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오. ( ) ⑤-1 Проходили ли Вы ранее лечение тяжелой аллергической реакции (анафилаксия: шок, затрудненное дыхание, потеря сознания, отек губ/рта и т. д.)? Если «Да», укажите, если знаете, аллерген, вызвавший тяжелую аллергическую реакцию. ( )	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет

⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까? ⑤-2 Был ли у Вас ранее диагностирован синдром повышенной проницаемости капилляров?	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( ) ⑥ Имеются ли у Вас нарушения свертываемости крови, принимаете ли Вы антикоагулянты? Если «Да», укажите название заболевания или вид лекарственного препарата. ( )	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명)
접종대상자와의 관계 :
Фамилия, имя вакцинируемого лица (законного представителя, представителя): (Подпись)
Отношение к вакцинируемому лицу:

년 월 일
ГГГГ ММ ДД

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) **Медицинское заключение врача (раздел для заполнения врачом)**		**확인 ☑** Проверил ☑
체온 : ℃ Температура тела: ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 Предоставил(-а) пояснения о поствакцинальных побочных реакциях.	☐ ☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 Предоставил(-а) пояснения о необходимости задержаться в пункте вакцинации на 15-30 минут после введения вакцины для наблюдения за побочными реакциями.		☐ ☐

예진 결과 Результаты предварительного осмотра	☐ 예방접종 가능 □ Допущен(-а) к вакцинации
	☐ 예방접종 연기(사유:) □ Вакцинация отсрочена (причина:)
	☐ 예방접종 금기(사유:) □ Не допущен(-а) к вакцинации (причина:)

이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명)
Подтверждаю, что заполнил(-а) вышеуказанную анкету и провел(-а) осмотр. Фамилия, имя врача: (Подпись)

예 방 접 종 시 행 자 기 록 란
Поля для заполнения лицом, проводящим вакцинацию

제조회사 Производитель	백신 제조 번호 Серийный номер вакцины	접종부위 Место прививки
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ Левое плечо ☐ Правое плечо

접종자 성명: (서명)
Фамилия, имя вакцинированного лица: (Подпись)