

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.

※ Ushbu tarjimadan ariza topshirayotganingizda qo'llanma sifatida foydalanishingiz mumkin bo'lib, arizani koreys tilida koreys blankasini to'ldirib, topshirishingiz kerak ekanligini yodda tuting.

서 식 1

1-shakl

코로나19 예방접종 예진표

COVID-19 profilaktikasi uchun emlanishdan oldingi sog'liqni tekshirish varaqasi



- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- Men, 2019-yil koronavirus infeksiyasi kasalligi (keyingi o'rinlarda COVID-19 deb ataladi) profilaktikasi uchun emlanish haqidagi ma'lumotni va emlanishdan keyin yuz berishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar haqida to'liq ma'lumot oldim hamda shifokorning tibbiy ko'rigidan keyin emlanaman. ☐ Rozilik bildiraman ☐ Rozilik bildirmayman
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
- COVID-19 ga qarshi emlashini olishga rozilik bildirgan holatda, xavfsiz emlash uchun quyidagi savollarni diqqat bilan o'qib chiqing va o'zingiz (qonuniy vakil, homiy) uchun belgilangan joyga yozing.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 성 명<br>F.I.O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | 주민등록번호(외국인등록번호)<br>Rezidentning ro'yxatga olish raqami<br>(chet el fuqarosining ro'yxatga olish raqami) | - (□남 □여)<br>- (□Erkak □Ayol)                                                                                                                                   |
| 전화번호<br>Telefon raqami                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (집)<br>(Uy) | (휴대전화)<br>(Mobil telefon raqami)                                                                        |                                                                                                                                                                 |
| <p>예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항</p> <p>Emlash ishi uchun shaxsiy ma'lumotlarni ko'rib chiqish uchun rozilik holatlari</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                                                                         | <p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Shaxsning o'zi<br/>(qonuniy vakili, vasiysi) tasdiqlash <input checked="" type="checkbox"/></p> |
| <p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <p>“Yuqumli kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish to'g'risida”gi qonunning 33-4-moddasiga va mazkur qonunni ijro etish farmonining 32-3-moddasiga muvofiq rezidentning ro'yxatga olish raqami kabi shaxsiy ma'lumotlar va konfidensial ma'lumotlar yig'iladi. Qo'shimcha yig'iladigan holatlar quyidagilar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등</li> <li>■ Shaxsiy ma'lumotlarni yig'ish va ulardan foydalanish maqsadi: Keyingi emlash va tugallanish holati, emlashdan keyin nojo'ya ta'sirlarning paydo bo'lishi va ma'lumotlarga oid matnli xabarlar</li> <li>■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)</li> <li>■ Shaxsiy ma'lumotlarni yig'ish va ulardan foydalanish punktlari: Shaxsiy ma'lumotlar (jumladan, maxfiy ma'lumotlar, rezidentning ro'yxatga olish raqami), telefon raqami (uy/mobil telefon)</li> <li>■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년</li> <li>■ Shaxsiy ma'lumotlarni saqlash va ulardan foydalanish muddati: 5 yil</li> </ul> |             |                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |
| <p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 &lt;코로나19 예방접종관리시스템&gt;으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>1. COVID-19 ga qarshi emlanishdan oldin, emlanishi kerak bo'lgan shaxsning emlash ma'lumotlari &lt;COVID-19 emlashni nazorat qilish tizimi&gt; orqali oldindan tekshirilishga rozilik bildiraman.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>* Emlash tarixi oldindan tasdiqlanishiga rozilik bildirmasangiz, zarur bo'lmagan qo'shimcha emlash yoki aralash emlash yuz berishi mumkin.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                                                                         | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                                 |
| <p>2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>2. COVID-19 ga qarshi keyingi emlanish va to'liq emlanishni tugatganligi to'g'risida ma'lumot, COVID-19 ga qarshi emlanishdan so'ng nojo'ya ta'sirlar yuzaga kelganligi haqida matnli xabarlarni olishga rozilik bildiraman.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                                                                         | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>* Matnli xabarlarini olishga rozilik bildirmasangiz, rozilik bildirilmagan punktlar haqida ma'lumot ola olmaysiz.</p> <p>※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계없이 안내가 이루어질 수 있습니다.</p> <p>※ Biroq, emlangan shaxsning hayoti va sog'lig'ini himoya qilish uchun nojo'ya ta'sirlar bilan bog'liq muhim ma'lumotlar rozilik berilganlik yoki berilmaganlikdan qat'i nazar ko'rsatmalar berilishi mumkin.</p> |                                                                                                                                                             |
| <p style="text-align: center;"><b>접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항</b><br/><b>Emlanishi kerak bo'lgan shaxslar haqida tekshiriladigan holatlar</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Shaxsning o'zi (qonuniy vakili, vasiysi) tasdiqlash <input checked="" type="checkbox"/></p> |
| <p>① (여성) 현재 임신 중입니까?</p> <p>① (Ayol) Hozir homiladormisiz?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )</p> <p>② Bugun avvalgi holatdan farqli ravishda og'riyotgan joyingiz bormi? Og'riq belgilarini yozing.( )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>③ 코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(    년    월    일)</p> <p>③ Sizga COVID-19 infeksiyasining tashxisi qo'yilganmi? Shunday bo'lsa, tashxis qo'yilgan sanani yozing.(    yil    oy    kun)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> ‘아니오’ 일 경우 ⑤-1번 문항으로<br/>있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일:    년    월    일)</p> <p>④ COVID-19 ga qarshi emlanganmisiz? <input checked="" type="checkbox"/> “Yo'q” bo'lsa, ⑤-1 savolga o'ting.<br/>Shunday bo'lsa, oxirgi emlash sanasini yozing. (Emlash sanasi:    yil    oy    kun)</p>                                                                                                                                               | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>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:    )</p> <p>④-1 COVID-19 ga qarshi emlangandan so'ng og'ir allergik ta'sir (anafilaksiya: Shok, nafas olish qiyinlashuvi, hushdan ketish, lab/og'izning shishishi va hokazolar) yuzaga kelgani uchun davolanganmisiz?<br/>(Og'ir allergik ta'sir bergan vaksina turlari:    )</p>                                                                                              | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>④-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?<br/>(중증 이상반응의 종류:    , 이상반응이 나타난 백신 종류:    )</p> <p>④-2 COVID-19 ga emlanganingizdan so'ng trombositopenik tromboz, kapillyar oqma sindromi, miokardit/perikardit va boshqalar kabi jiddiy nojo'ya ta'sirlar sababli davolanganmisiz?<br/>(Og'ir nojo'ya ta'sir turlari:    , nojo'ya ta'sir yuzaga kelgan vaksina turlari:    )</p>                                                                      | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>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.<br/>(    )</p> <p>⑤-1 Ilgari og'ir allergik reaksiya (anafilaksiya: Shok, nafas olish qiyinlashuvi, ongni yo'qotish, lab/og'izning shishishi va hokazolar) uchun davolanganmisiz? Shunday bo'lsa, og'ir allergiyaga olib keladigan moddalar nima ekanligini bilsangiz, yozib qoldiring.<br/>(    )</p>                                                                       | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?</p> <p>⑤-2 Sizga ilgari kapillyar oqma sindromi tashxisi qo'yilganmi?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |
| <p>⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.<br/>(    )</p> <p>⑥ Siz qon ivishi buzilishi yoki antikoagulyantlarni qabul qilyapsizmi? Shunday bo'lsa, kasallikning nomi yoki dori turini yozing.<br/>(    )</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | <p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q</p>                             |

|                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 본인(법정대리인, 보호자) 성명 :                                                                                                                                                                         |                                                                      | (서명)                                                                                                                                                 | 접종대상자와의 관계 :                                                                                              |
| Shaxsning (qonuniy vakil, vasiy) F.I.O.:                                                                                                                                                    |                                                                      | (imzo)                                                                                                                                               | emlanishi kerak bo'lgan shaxs bilan qarindoshlik darajasi:<br>년       월       일<br>yil       oy       kun |
| <b>의 사 예 진 결 과 ( 의 사 기 록 란 )</b><br><b>Shifokorning ko'rik xulosasi (shifokorning qayd etish qatori)</b>                                                                                    |                                                                      |                                                                                                                                                      | <b>확인 ☑</b><br><b>Tasdiqlash ☑</b>                                                                        |
| 체온 :                      °C<br>Tana harorati :         °C                                                                                                                                  |                                                                      | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음<br>Emlanishdan keyin nojo'ya ta'sirlar haqida tushuntirdim                                                                     |                                                                                                           |
| '이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음<br>"Nojo'ya ta'sirlarni kuzatish uchun emlanganingizdan so'ng emlash muassasasida 15-30 daqiqagacha qolishingiz kerak"<br>deb tushuntirdim |                                                                      |                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                  |
| 예진<br>결과<br><br>Tibbiy ko'rik<br>natijasi                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 예방접종 가능                                     |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Emlasa bo'ladi                              |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유: _____ )                         |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Emlash kechiktirilishining (sababi: _____ ) |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유: _____ )                                                                                                                                                |                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Emlash taqiqlanishining (sababi: _____ )                                                                                                                           |                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다.                                                                                                                                                                    |                                                                      | 의사성명 :                                                                                                                                               | (서명)                                                                                                      |
| Yuqoridagi anketani to'ldirganimni va ko'rikdan o'tganimni tasdiqlayman.                                                                                                                    |                                                                      | Shifokorning F.I.O.:                                                                                                                                 | (imzo)                                                                                                    |
| <b>예 방 접 종 시 행 자 기 록 란</b><br><b>Emlashni amalga oshirayotgan shaxsning qayd etish qatori</b>                                                                                               |                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                           |
| 제조회사<br>Ishlab chiqaruvchi kompaniya                                                                                                                                                        | 백신 제조 번호<br>Vaksinani ishlab chiqarish raqami                        | 접종부위<br>Emlash joyi                                                                                                                                  |                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                             |                                                                      | <input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완<br><input type="checkbox"/> chap yuqori qo'l <input type="checkbox"/> o'ng yuqori qo'l |                                                                                                           |
| 접종자 성명:                                                                                                                                                                                     |                                                                      | (서명)                                                                                                                                                 |                                                                                                           |
| Emlangan shaxsning F.I.O.:                                                                                                                                                                  |                                                                      | (imzo)                                                                                                                                               |                                                                                                           |