※ 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。

서 식 1
書 式 1

코로나19 예방접종 예진표
COVID-19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**

▪ 新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の予防接種案内及び予防接種後に発生し得る副反応に関する情報提供を十分に受け、医師の予診結果に基づき、予防接種を受けます。 ☐ **同意する** ☐ **同意しない**

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

▪ COVID-19の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読んだ上で本人（法定代理人、保護者）確認欄に記入してください。

성 명 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) (固定電話)		(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等に対する同意事項	**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. 「感染病の予防及び管理に関する法律」第33条の4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センシティブ情報を取得しています。追加で取得する項目は下記の通りです。 ▪ 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 ▪ 個人情報の取得・利用目的：次回の接種及び完了の有無、予防接種後の副反応の発生の有無、情報関連SMSメッセージなど ▪ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ▪ 個人情報の取得・利用項目：個人情報（センシティブ情報、住民登録番号を含む）、電話番号（固定/携帯電話） ▪ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 ▪ 個人情報の保存及び利用期間：5年	
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. COVID-19の予防接種の前に、接種対象者の予防接種内訳を＜COVID-19予防接種管理システム＞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. * 予防接種内訳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
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다. 2. COVID-19の予防接種の追加接種及び完了の有無に関する情報、COVID-19予防接種後の副反応の発症有無に関するSMSメッセージなどを受信することに同意します。	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ はい ☐ いいえ

* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. * メッセージ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。 ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계없이 안내가 이루어질 수 있습니다. ※ 但し、予防接種者の生命と健康を保護するための副反応に関する重要情報等の場合は、同意の有無にかかわらず、案内が送信されることがあります。	
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항 **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 중입니까? ① (女性) 現在姙娠中ですか。	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( ) ② 以前と異なり、今日具合の悪いところがありますか。ある場合、症状を記入してください。( )	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
③ 코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일) ③ COVID-19の陽性判定を受けたことがありますか。ある場合、判定日を記入してください。(年 月 日)	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☞ **'아니오' 일 경우 ⑤-1번 문항으로** 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오.(접종일: 년 월 일) ④COVID-19ワクチンの接種を受けたことがありますか。☞ **「いいえ」と答えた場合⑤-1に進む** 受けたことがある場合、最後の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
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 COVID-19ワクチンの接種後に重度のアレルギー反応（アナフィラキシー：ショック、呼吸困難、失神、口唇/口腔内浮腫など）が起こり、治療を受けたことがありますか（重度のアレルギー反応が起きたワクチンの種類：)	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
④-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? ④-2 COVID-19ワクチンの接種後に血小板減少症を伴う血栓症、毛細血管漏出症候群、心筋炎/心膜炎等の重度の副反応が現われ、治療を受けたことがありますか。 (중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:) (重度の副反応の種類： 、副反応が現われたワクチンの種類：)	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
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 過去に重度のアレルギー反応（アナフィラキシー：ショック、呼吸困難、失神、口唇/口腔内浮腫など）が現われ、治療を受けたことがありますか。ある場合、重度のアレルギーを誘発した物質が何かご存知であれば、記入してください。 ( )	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까? ⑤-2 過去に毛細血管漏出症候群の診断を受けたことがありますか。	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ⑥ 血液凝固異常症を患っているか、又は抗凝固薬を服用していますか。「はい」の場合、疾患名又は薬の種類を記入してください。 ( )	□ 예 □ 아니오 □ はい □ いいえ

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 本人（法定代理人、保護者）氏名 : (署名) 接種対象者との関係 : 년 월 일 年 月 日		
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 : ℃ 体温 : ℃	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 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 「副反応を観察するために、接種後15～30分間予防接種機関で待機しなければならない」ことを説明した。		☐
예진 결과 予診 結果	☐ 예방접종 가능 ☐ 予防接種可	
	☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ 予防接種延期（事由 : ）	
	☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ 予防接種禁忌（事由 : ）	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명) 上記の問診及び診察をしたことを確認します。 医師氏名 : (署名)		

예 방 접 종 시 행 자 기 록 란 **予防接種実施者記録欄**		
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)		