

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
 ※ Please note that the translation is for reference only when applying for a civil petition, and must be submitted in Korean using the existing Korean format.

서 식 1

Form 1

코로나19 예방접종 예진표

Pre-Screening Questionnaire for COVID-19 Vaccination

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- I have received sufficient information about the coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination and the possible side effects that may occur after vaccination. I agree to receive the vaccination based on the doctor's pre-screening results. ☐ Agree ☐ Do not agree
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
- If you agree to receive the COVID-19 vaccination, read the following questions carefully and provide your responses in the confirmation section below to ensure a safe vaccination process.

성 명 Name	주민등록번호(외국인등록번호) Resident/Alien Registration Number		- (□남 □여) - (□ Male □ Female)
전화번호 Phone	(집) (Landline)	(휴대전화) (Mobile)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 Consent to the Processing of Personal Information for Vaccination Purposes			본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ Confirmation by the Applicant (or legal representative/guardian) ☒
<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>In accordance with Article 33-4 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 32-3 of the Enforcement Decree of the same Act, personal and sensitive information, including the Resident Registration Number, shall be collected. Additional information collected is as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 Purpose of Personal Information Collection and Use: To verify the next vaccination or completion status, to monitor adverse reactions after vaccination, and to send related information via text message. 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) Personal Information Collected and Used: Personal information (inc. sensitive information and Resident Registration Number) and phone number (landline/mobile). 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 Period of Retention and Use: 5 years 			
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. I consent to the pre-verification of my vaccination history via the COVID-19 Vaccination Management System before receiving the COVID-19 vaccination. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. *If you do not consent to the pre-verification of vaccination history, unnecessary additional vaccinations or cross-vaccinations may occur.			☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.			☐ 예 ☐ 아니오

<p>2. I consent to receiving information regarding the next COVID-19 vaccination or completion status, as well as text messages related to any adverse reactions following the COVID-19 vaccination.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>*If you do not consent to receive text messages, you will not receive information related to the items for which you did not consent.</p> <p>※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계없이 안내가 이루어질 수 있습니다.</p> <p>※ However, important information related to adverse reactions may be provided regardless of your consent to protect the life and health of the vaccine recipient.</p>	<p>☐ Yes ☐ No</p>
<p style="text-align: center;">접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항</p> <p style="text-align: center;">Confirmation of Vaccination Subject</p>	<p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒</p> <p>Confirmation by the Applicant (or legal representative/guardian) ☒</p>
<p>① (여성) 현재 임신 중입니까?</p> <p>① (For females) Are you currently pregnant?</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</p>
<p>② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.()</p> <p>② Are you experiencing any new symptoms today compared to before? Describe the symptoms:</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</p>
<p>③ 코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일)</p> <p>③ Have you ever been diagnosed with COVID-19? If yes, specify the diagnosis date: YYYY MM DD</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</p>
<p>④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까?  ‘아니오’ 일 경우 ⑤-1번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)</p> <p>④ Have you previously received a COVID-19 vaccine?  If "No," proceed to question ⑤-1. If “Yes,” specify the date of the last vaccination: (Date of vaccination: YYYY MM DD</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</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 After receiving a COVID-19 vaccine, have you ever experienced a severe allergic reaction (anaphylaxis: shock, difficulty breathing, loss of consciousness, swelling of the lips/mouth, etc.) that required treatment? (Specify the vaccine type that caused the severe allergic reaction:)</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</p>
<p>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:)</p> <p>④-2 After receiving a COVID-19 vaccine, have you ever experienced severe adverse reactions (e.g., thrombocytopenic thrombosis, capillary leak syndrome, myocarditis/pericarditis) that required treatment? (Specify the type of severe adverse reaction:) Vaccine type that caused the reaction:)</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</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. ()</p> <p>⑤-1 Have you ever experienced a severe allergic reaction (anaphylaxis: shock, difficulty breathing, loss of consciousness, swelling of the lips/mouth, etc.) that required treatment? If so, and if you know the allergen that caused the reaction, please specify:)</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</p>
<p>⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?</p> <p>⑤-2 Have you ever been diagnosed with capillary leak syndrome?</p>	<p>☐ 예 ☐ 아니오</p> <p>☐ Yes ☐ No</p>

⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
⑥ Do you have a blood coagulation disorder, or are you currently taking anticoagulants? If so, specify the name of the disorder or the type of medication: ()		
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : Applicant's Name (or legal representative/guardian): (Signature) Relationship to Vaccination Subject: 년 월 일 YYYY MM DD		
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) Doctor's Pre-Screening Results (Doctor's Notes)		확인 ☒ Confirmation ☒
체온 : °C Temperature: °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 I have explained the possible side effects following vaccination.	☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 I have explained that the recipient should remain at the vaccination site for 15 to 30 minutes following the vaccination for the observation of possible side effects.		☐
예진 결과 Pre-Screening Results	☐ 예방접종 가능 ☐ Vaccination approved ☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ Vaccination postponed (Reason:) ☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ Vaccination contraindicated (Reason:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. I confirm that the above questionnaire and examination have been conducted.		의사성명 : (서명) Doctor's Name: (Signature)
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란 Vaccination Administrator's Record		
제조회사 Manufacturer	백신 제조 번호 Vaccine Lot Number	접종부위 Injection Site
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ Left upper arm ☐ Right upper arm
접종자 성명: Administrator's Name:		(서명) (Signature)