

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

서 식 1

แบบฟอร์มที่ 1

코로나19 예방접종 예진표

ตารางการตรวจเบื้องต้นสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับคำแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 (ต่อไปนี้เรียกว่า โควิด-19) และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นหลังการฉีดวัคซีน และจะได้รับวัคซีนตามผลการตรวจเบื้องต้นของแพทย์ ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
- กรณียินยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โปรดอ่านคำถามด้านล่างอย่างละเอียดและกรอกข้อมูลลงในช่องเจ้าตัว (ผู้แทนโดยชอบธรรม, ผู้ปกครอง) เพื่อการฉีดวัคซีนอย่างปลอดภัย

성명 นามสกุล-ชื่อ	주민등록번호(외국인등록번호) เลขประจำตัวประชาชน (เลขประจำตัวคนต่างด้าว)	- (□남 □여) (□ชาย □หญิง)
전화번호 หมายเลขโทรศัพท์	(집) (บ้าน) (휴대전화) (โทรศัพท์มือถือ)	
<p>예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항</p> <p>รายการยินยอมที่เกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล ฯลฯ เพื่อดำเนินงานการฉีดวัคซีน</p>		<p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒</p> <p>เจ้าตัว (ผู้แทน โดยชอบธรรม, ผู้ปกครอง) ยืนยัน ☒</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>ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว เช่น เลขประจำตัวประชาชน ฯลฯ จะถูกเก็บรวบรวมตามมาตรา 33 จัดว่า ของ「กฎหมายว่าด้วยการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ」และมาตรา 32 ตรี ของข้อบังคับใช้กฎหมายเดียวกัน รายการที่รวบรวมเพิ่มเติมมีดังนี้</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 ▪ 수집·처리의 범위/이용 목적: สถานะการฉีดวัคซีนโดสถัดไปและวัคซีนครบโดส สถานะการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อความ ฯลฯ ▪ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ▪ รายการรวบรวม/ใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ข้อมูลส่วนบุคคล(รวมถึงข้อมูลอ่อนไหวและเลขประจำตัวประชาชน), หมายเลขโทรศัพท์(บ้าน/โทรศัพท์มือถือ) ▪ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 ▪ ระยะเวลาเก็บรักษาและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล : 5 ปี 		
<p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>1. ขอยินยอมในการตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนล่วงหน้าของผู้ที่เข้าข่ายเกณฑ์การเข้ารับวัคซีนโดยใช้ <ระบบการควบคุมการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19> ก่อนที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>* กรณีไม่ยินยอมในการตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนล่วงหน้า อาจเกิดการฉีดวัคซีนเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นหรือการฉีดวัคซีนชนิดต่างกันได้</p>		<p>☐ 예</p> <p>☐ ยินยอม</p> <p>☐ 아니오</p> <p>☐ ไม่ยินยอม</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. ขอยินยอมที่จะรับข้อความที่เกี่ยวข้องกับสถานะการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดสถัดไปและวัคซีนครบโดส, สถานะการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เป็นต้น</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>* กรณีไม่ยินยอมในการรับข้อความ จะไม่สามารถรับข้อมูลเกี่ยวกับรายการที่ไม่ยินยอมได้</p>		<p>☐ 예</p> <p>☐ ยินยอม</p> <p>☐ 아니오</p> <p>☐ ไม่ยินยอม</p>

※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계없이 안내가 이루어질 수 있습니다. ※ อย่างไรก็ตาม, เพื่อปกป้องชีวิตและสุขภาพของผู้รับการฉีดวัคซีน อาจให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอาการไม่พึงประสงค์โดยไม่คำนึงถึงความยินยอม		
<p style="text-align: center;">접종 대상자에 대한 확인 사항 ข้อมูลการยืนยันสำหรับผู้ที่เข้าข่ายเกณฑ์การเข้ารับวัคซีน</p>		본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ เจ้าตัว (ผู้แทนโดยชอบธรรม, ผู้ปกครอง) ยืนยัน ☒
① (여성) 현재 임신 중입니까? ① (สำหรับหญิง) ขณะนี้กำลังตั้งครรภ์หรือไม่		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.() ② วันนี้มีอาการเจ็บปวดไม่เหมือนเมื่อก่อนหรือไม่ โปรดกรอกอาการที่เจ็บปวด()		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
③ 코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일) ③ เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 หรือไม่ หากเคย โปรดกรอกวันที่วินิจฉัย.(ปี ค.ศ. เดือน วันที่)		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☒ ‘아니오’ 일 경우 ⑤-1번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일) ④ เคยได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 หรือไม่ ☒ กรณี ‘ไม่เคย’ ให้ไปที่คำถาม ⑤-1 หากเคย โปรดกรอกวันที่ฉีดวัคซีนโดสครั้งสุดท้าย (วันที่ฉีดวัคซีน: ปี ค.ศ. เดือนที่ วันที่)		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
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 อาการแพ้อย่างรุนแรงหลังจากได้รับวัคซีนโควิด-19 (แอนาфилакти시스: เคยได้รับการรักษาเนื่องจากมีอาการ เช่น อาการช็อค หายใจลำบาก หมดสติ อาการบวมที่ริมฝีปาก/ปาก เป็นต้น หรือไม่ (ชนิดวัคซีนที่ทำให้เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง:)		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
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 เคยได้รับการรักษาเนื่องจากมีอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง เช่น ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันและมีเกล็ดเลือดต่ำ กลุ่มอาการเส้นเลือดฝอยรั่ว กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ/เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เป็นต้น ภายหลังได้รับการวัคซีนป้องกันโควิด-19 หรือไม่ (ประเภทอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง: , ชนิดวัคซีนที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ร้ายแรง:)		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
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 อาการแพ้อย่างรุนแรงเมื่อก่อน(แอนาфилакти시스: เคยได้รับการรักษาเนื่องจากมีอาการ เช่น อาการช็อค หายใจลำบาก หมดสติ อาการบวมที่ริมฝีปาก/ปาก เป็นต้น หรือไม่ หากเคยและทราบว่าสารก่ออาการแพ้อย่างรุนแรงคืออะไร โปรดกรอกด้วย ()		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까? ⑤-2 เมื่อก่อนเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการเส้นเลือดฝอยรั่วหรือไม่		☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม

<p>⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()</p> <p>⑥ ปัจจุบันมีอาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติหรือใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่ หากมี โปรดกรอกชื่อโรคและชนิดยา ()</p>		<p>☐ 예 ☐ ยินยอม ☐ 아니오 ☐ ไม่ยินยอม</p>
<p>본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : นามสกุล-ชื่อเจ้าตัว (ผู้แทนโดยชอบธรรม, ผู้ปกครอง) : (ลงชื่อ) ความสัมพันธ์กับผู้เข้าข่ายเกณฑ์การเข้ารับวัคซีน : ปี ค.ศ. เดือนที่ วันที่</p>		
<p>의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) ผลการตรวจเบื้องต้นของแพทย์ (สำหรับแพทย์)</p>		<p>확인 ☒ ยืนยัน ☒</p>
<p>체온 : °C อุณหภูมิร่างกาย : °C</p>	<p>예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 ได้อธิบายอาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีนแล้ว</p>	<p>☐</p>
<p>'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 ได้อธิบายแล้วว่า 'คุณต้องอยู่ในสถานที่ฉีดวัคซีนเป็นเวลา 15 ถึง 30 นาทีหลังการฉีดวัคซีนเพื่อสังเกตอาการไม่พึงประสงค์'</p>		<p>☐</p>
<p>예진 결과 การตรวจ เบื้องต้น ผล</p>	<p>☐ 예방접종 가능 ☐ สามารถฉีดวัคซีนได้</p> <p>☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ เลื่อนการฉีดวัคซีน(เหตุผล:)</p> <p>☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ ห้ามฉีดวัคซีน(เหตุผล:)</p>	
<p>이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명) ขอรับรองว่าได้ดำเนินการซักประวัติผู้ป่วยและตรวจข้างต้นแล้ว นามสกุล-ชื่อแพทย์ : (ลงชื่อ)</p>		
<p>예 방 접 종 시 행 자 기 록 란 สำหรับผู้ปฏิบัติการณ์ฉีดวัคซีน</p>		
<p>제조회사 บริษัทผลิต</p>	<p>백신 제조 번호 หมายเลขการผลิตวัคซีน</p>	<p>접종부위 ตำแหน่งที่ฉีดวัคซีน</p>
		<p>☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ ต้นแขนข้างซ้าย ☐ ต้นแขนข้างขวา</p>
<p>접종자 성명: (서명) นามสกุล-ชื่อผู้รับการฉีดวัคซีน: (ลงชื่อ)</p>		