

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
 ※ ចំពោះអត្ថបទបកប្រែ គឺប្រើសម្រាប់ការអាន ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងរដ្ឋប្បវេណី, ដូច្នេះសូមកត់ចំណាំថា អ្នកត្រូវតែបំពេញ ហើយដាក់ឯកសារជាភាសាកម្ពុជា នៅក្នុងទម្រង់បែបបទដើម។

서 식 1

ទម្រង់បែបបទ
លេខ 1

코로나19 예방접종 예진표

តារាងពិនិត្យបឋមនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង កូវីដ-19



- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកូវីដ-19 (តទៅនេះហៅថា កូវីដ-19) និងប្រតិកម្មផ្សេងៗដែលអាចកើតឡើងក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំងរួច។
ខ្ញុំនឹងទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការតាមលទ្ធផលពិនិត្យបឋមរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត។ ☐ យល់ព្រម ☐ មិនយល់ព្រម
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
- ប្រសិនបើអ្នកយល់ព្រមទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង COVID-19 សូមអានសំណួរខាងក្រោមដោយប្រុងប្រយ័ត្ន ហើយកត់ត្រានៅក្នុងប្រអប់ បញ្ជាក់សាមីខ្លួន(អ្នកកំណត់ស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាល) ដើម្បីធានាបាននូវការចាក់វ៉ាក់សាំងប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

성명 ឈ្មោះ:	주민등록번호(외국인등록번호) លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ(លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណជនបរទេស)		- (□남 □여) - (□ ប្រុស □ ស្រី)
전화번호 លេខទូរស័ព្ទ	(집) (ផ្ទះ)	(휴대전화) (លេខទូរស័ព្ទដៃ)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 ចំណុចយល់ព្រមក្នុងការដំណើរការព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ជាដើម			본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ ការបញ្ជាក់សាមីខ្លួន(អ្នកកំណត់ស្របច្បាប់, អាណាព្យាបាល) ☒
<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. យើងខ្ញុំកំពុងប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានរើបដូចជា លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ដោយអនុលោមតាម 「ច្បាប់ស្តីពីការការពារ និងការគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លង» មាត្រា 33-4 និង អនុក្រឹត្យនៃច្បាប់ដូចគ្នា មាត្រា 32-3។ ធាតុដែលត្រូវប្រមូលបន្ថែមមានដូចខាងក្រោម។</p> <ul style="list-style-type: none"> • 個人情報 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 • គោលបំណងនៃការប្រមូល និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន: ការផ្ញើសារពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពនៃការចាក់ វ៉ាក់សាំងរួចរាល់ ឬ វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់ និងប្រតិកម្មដែលកើតមានក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំងជាដើម • 個人情報 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) • ធាតុនៃការប្រមូល និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន: ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន (រួមទាំងព័ត៌មានរើប លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ) លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ/ទូរស័ព្ទដៃ) • 個人情報 보유 및 이용기간: 5년 • រយៈពេលរក្សាទុក និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន : 5ឆ្នាំ 			
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. ខ្ញុំយល់ព្រមក្នុងការពិនិត្យនូវព័ត៌មានលំអិតនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងជាមុនរបស់អ្នកត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំងតាម <ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង កូវីដ-19> មុនពេលទទួលបានវ៉ាក់សាំងការពារ កូវីដ-19។ * 예방접종 내역의 사전 확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. * ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមនឹងពិនិត្យព័ត៌មានលម្អិតអំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ជាមុនទេ នោះអ្នកអាចនឹងទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ថែមដែលមិនចាំបាច់ ឬការចាក់វ៉ាក់សាំងឆ្គងគ្នាបាន ។			☐ 예 ☐ 아니오 ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

⑤-1 ប្រតិកម្មអាឡែស៊ីធ្ងន់ធ្ងរពីមុន (អាណាហ្វ្រីឡាក់ស៊ី: តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការព្យាបាលដំងើដោយសារមានរោគសញ្ញាដូចជា សន្លប់ ពិបាកដកដង្ហើម បាត់បង់ស្មារតី ហើមបបូរមាត់/មាត់ ជាដើម)ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន ហើយអ្នកដឹង សូមសរសេរឈ្មោះសារធាតុដែលនាំឲ្យមានអាឡែស៊ីកម្រិតធ្ងន់នេះ។ ()		
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까? ⑤-2 ពីមុនតើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានរោគសញ្ញាលេចចេញសរសៃឈាមដែលឬទេ?		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 ⑥ តើអ្នកមានជំងឺកកឈាម ឬកំពុងប្រើថ្នាំប្រឆាំងការកកឈាមដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរឈ្មោះជំងឺ ឬប្រភេទថ្នាំ។ ()		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ បាទ/ចា ☐ ទេ
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : ឈ្មោះសាមីខ្លួន (អ្នកតំណាងស្របច្បាប់ អាណាព្យាបាល): (ហត្ថលេខា) ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកចាក់វ៉ាក់សាំង: ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ		
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) លទ្ធផលពិនិត្យសុខភាព (ប្រអប់សម្រាប់កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ)		확인 ☒ បញ្ជាក់ ☒
체온 : °C សីតុណ្ហភាពរាងកាយ: °C		예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 បានពន្យល់ពីប្រតិកម្មដែលអាចកើតមាន ក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំងការពារ។ ☐ ☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함' 을 설명하였음 បានពន្យល់ថា 'អ្នកត្រូវតែរង់ចាំនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំ រយៈពេល 15 ទៅ 30 នាទីក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំងរួច ដើម្បីសង្កេតមើលប្រតិកម្មដែលអាចកើតមាន។'		☐ ☐
예진 결과 ការពិនិត្យ លទ្ធផល	☐ 예방접종 가능 ☐ អាចចាក់វ៉ាក់សាំងបាន	
	☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ ការពន្យារពេលចាក់វ៉ាក់សាំង (មូលហេតុ:)	
	☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ ការហាមឃាត់ចាក់វ៉ាក់សាំង (មូលហេតុ:)	
	☐ 예방접종 불가 ☐ មិនអាចចាក់វ៉ាក់សាំងបាន	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명) ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានសួរសំណួរ និងការពិនិត្យខាងលើរួចហើយ។ ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត: (ហត្ថលេខា)		
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란 ប្រអប់កំណត់ត្រា របស់អ្នកអនុវត្តការចាក់វ៉ាក់សាំង		
제조회사 ក្រុមហ៊ុនផលិត	백신 제조 번호 លេខសំគាល់ផលិតវ៉ាក់សាំង	접종부위 កន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង ☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ ដៃឆ្វេងខាងលើ ☐ ដៃស្តាំខាងលើ
접종자 성명: (서명) ឈ្មោះអ្នកទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង: (ហត្ថលេខា)		