

※ 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.

- 예방접종의 실시기준 및 방법 [별지 제1호 서식]
 ■ Vaccination Standards and Procedures [Attached Form No. 1]

예방접종 예진표

Vaccination Pre-Screening Questionnaire

안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
 Read the following questions carefully and provide your responses in the confirmation section below to ensure a safe vaccination process.

성명 Name		주민등록번호 Resident Registration Number	- (□남 □여) - (□ Male □ Female)
실제 생년월일 Date of Birth		외국인 등록번호 Alien Registration Number	- (□남 □여) - (□ Male □ Female)
전화번호 Phone (landline)	(집) (Landline) (휴대전화) (Mobile)	체중 Weight	kg kg

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’ 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <p>In accordance with Article 32 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, is being collected. Additional information collected is as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부관련 알림 서비스를 문자 및 모바일앱으로 제공 ■ Purpose of Personal Information Collection and Use: To provide notification services via SMS text message and/or mobile apps regarding subsequent vaccinations and completion of essential vaccinations, as well as the occurrence of adverse reactions following vaccinations. ■ 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 	
<p>예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>I consent to the pre-verification of the my vaccination history via the Integrated Vaccination Management System before receiving the vaccination.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>*If you do not consent to the pre-verification of vaccination history, unnecessary additional vaccinations or cross-vaccinations may occur.</p>	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>I consent to receiving information about subsequent vaccinations and the completion of essential vaccinations via SMS text messages and/or mobile apps.</p> <p>* 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>*If you do not consent to receive notifications, you will not receive information related to the items for which you did not consent.</p>	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 알림을 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>I consent to receiving notifications regarding adverse reactions following vaccination via SMS text messages and/or mobile apps.</p> <p>* 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>*If you do not consent to receive notifications, you will not receive information related to the items for which you did not consent.</p>	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
접종 대상자에 대한 확인사항 Confirmation of Vaccination Subject	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ Confirmation by the

		Applicant (or legal representative/guardian) ☒
<p>오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ()</p> <p>Have you had any symptoms today? Describe the symptoms: ()</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까? Have you ever had allergic reactions, such as hives or rashes, due to medication, food (inc. eggs), or vaccinations?</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명 :)</p> <p>Have you ever had an adverse reaction following a vaccination? If so, list the vaccination(s): (Vaccination(s):)</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰받거나 치료받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ()</p> <p>Have you ever been diagnosed with or treated for congenital malformations, asthma or lung disease, heart disease, kidney disease, liver disease, diabetes or other endocrine disorders, or blood disorders? If so, list the condition(s): ()</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까? Have you ever had a seizure or other neurological conditions (inc. Guillain-Barré syndrome (GBS))?</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 :)</p> <p>Do you have cancer, leukemia, or any immune system diseases? If so, list the condition(s): ()</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? Have you received steroid therapy, chemotherapy, or radiation treatment within the last 3 months?</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까? Have you received a blood transfusion or immune globulin injection within the last year?</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :)</p> <p>Have you received any vaccinations within the last month? If so, list the vaccination(s): ()</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까? (For women) Are you currently pregnant, or is there a possibility that you could become pregnant within the next month?</p>		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Yes ☐ No
<p>의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다. I have been informed of the doctor's explanation of the examination results and possible side effects and agree to receive the vaccination.</p> <p>본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : Applicant (or legal representative/guardian): (Signature) Relationship to Vaccination Subject: * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-) *If the vaccination recipient is a newborn whose birth has not yet been registered, provide the legal representative's Resident Registration Number. (-)</p> <p style="text-align: right;">년 월 일 YYYY MM DD</p>		
<p style="text-align: center;">의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) Physician's Pre-Screening Results</p>		<p style="text-align: center;">확인 ☒ Confirmation ☒</p>
<p>체온 : °C Temperature: °C</p>	<p>예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 I have explained the possible side effects following vaccination.</p>	☐
<p>‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음 I have explained that the recipient should remain at the vaccination site for 20 to 30 minutes following the vaccination for the observation of possible side effects.</p>		☐
<p>문진결과 : Medical Examination Results:</p>		
<p>이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. The vaccination may proceed based on the above screening and examination results.</p>		<p>의사서명 : (서명) Physician: (Signature)</p>

