

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Энэхүү орчуулга нь зөвхөн лавлах зориулалттай бөгөөд та солонгос хэл дээрх маягтыг зөвхөн солонгос хэлээр бөглөж ирүүлэх шаардлагатайг анхаарна уу.

서 식 1
Маягт 1

코로나19 예방접종 예진표
Ковид 19 урьдчилсан сэргийлэх тарилгын
урьдчилсан үзлэгийн карт

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- Корона вирусийн халдварын шинж -19 (цаашид Ковид 19) урьдчилсан сэргийлэх тарилгын танилцуулга болон урьдчилсан сэргийлэх тарилга хийлгэсний дараа үүсэх боломжтой өөрчлөлтийн талаар мэдээллийг хангалттай авсан ба эмчийн урьдчилсан үзлэгийн үр дүнгийн дагуу урьдчилсан сэргийлэх тарилгыг тариулна. ☐ Зөвшөөрнө ☐ Зөвшөөрөхгүй
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.
- Ковид 19 урьдчилан сэргийлэх тарилгыг зөвшөөрсөн тохиолдолд аюулгүй байдлын үүднээс доорх асуулгыг сайн уншин өөрийн биеэр (хууль ёсны төлөөлөгч, асран хамгаалагч)шалгах хэсэгт тэмдэглэнэ үү.

성명 Овог нэр		주민등록번호(외국인등록번호) Регистрийн дугаар (гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар)	- (□남 □여) (□Эр □Эм)
전화번호 Утасны дугаар	(집) (Гэрийн утас)	(휴대전화) (Гар утас)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэхэд хувийн мэдээлэл өгөхийг зөвшөөрч байна.			본인 (법정대리인, 보호자) 확인 ☒ Өөрөө (Хууль ёсны төлөөлөгч, асран хамгаалагч) шалгах ☒
<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>「Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хянах тухай хууль тогтоомж」-ийн 33-р зүйлийн 4, тус хуулийг хэрэгжүүлэх тогтоолын 32-р зүйлийн 3-т заасны дагуу регистрийн дугаар гэх мэт хувийн мэдээлэл болон эмзэг мэдээллийг цуглуулж байна. Нэмэлтээр цуглуулах мэдээллийн жагсаалт нь доорхтой адил байна.</p> <ul style="list-style-type: none">개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах зорилго: Дараагийн тарилга болон дууссан эсэх, урьдчилан сэргийлэх тарилга тариулсны дараа сөрөг өөрчлөлт гарсан эсэх, холбогдох мэдээллийн талаарх зурвас гэх мэт개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах хэсэг: Хувийн мэдээлэл (эмзэг мэдээлэл, регистрийн дугаар хамаарна), утасны дугаар (гэрийн/гар утасны дугаар)개인정보 보유 및 이용기간: 5년Хувийн мэдээллийг хадгалах, ашиглах хугацаа: 5 жил			

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:)		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Тийм ☐ Үгүй
④-2 Ковид 19 вакцины дараа цусны ялтас багасан цус нөжрөх шинж, хялгасан судас хагарах хам шинж, зүрхний булчингийн үрэвсэл/зүрхний үнхэлцгийн үрэвсэл (Хүндэвтэр хэлбэрийн өөрчлөлтийн төрөл: , өөрчлөлт үзүүлсэн вакцины төрөл:)		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Тийм ☐ Үгүй
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.		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Тийм ☐ Үгүй
⑤-1 Өмнө нь хүндэвтэр хэлбэрийн харшлын шинж илэрсэн (Анапилак: Шок, амьсгалын дутагдал, ухаан орж гарах, уруул/ ам хавдах) шинж тэмдэг илрэн эмчлүүлж байсан удаа байгаа юу? Тийм бол хүндэвтэр хэлбэрийн харшлыг өдөөгч бодис юу гэдгийг мэддэг бол бичнэ үү. ()		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Тийм ☐ Үгүй
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까? ⑤-2 Хялгасан судас хагарах шинж тэмдэг байгаа гэж оношлуулж байсан уу?		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Тийм ☐ Үгүй
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ⑥ Цусны бүлэгнэлтийн гажгаар өвдөх юмуу цусны бүлэгнэлт зогсоох эмийг хэрэглэж байгаа юу? Тийм бол өвчний нэр эсвэл эмийн нэрийг бичнэ үү. ()		☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Тийм ☐ Үгүй
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : Өөрөө (хууль ёсны төлөөлөгч, асран хамгаалагч) овог нэр : (гарын үсэг) вакцин тариулагчтай ямар холбоотой эсэх : <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> он сар өдөр </div>		
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) Эмчийн тэмдэглэгээ (эмчийн бичих хэсэг)		확인 ☒ Шалгах ☒
체온 : °C Бсийн хэм : °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 Урьдчилан сэргийлэх тарилгын дараа үүсч болзошгүй өөрчлөлтийн талаар тайлбарласан	☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 'Өөрчлөлт илрэх эсэхийг ажиглахын тулд тарилгын дараа 15~30 минутын турш урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн байгууллагад хүлээх ёстой'-г тайлбарласан		☐
예진 결과 Урьдчилсан үзлэг Үр дүн	☐ 예방접종 가능 ☐ Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх боломжтой ☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ Урьдчилан сэргийлэх тарилгыг хойшлуулах (шалтгаан:) ☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ Урьдчилан сэргийлэх тарилгыг хориглох (шалтгаан:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. Дээрх асуулгат үзлэг болон үзлэг ажиглалт хийснийг баталж байна.		의사성명 : (서명) Эмчийн нэр : (Гарын үсэг)

예 방 접 종 시 행 자 기 록 란		
Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийж гүйцэтгэсэн тэмдэглэгээний хэсэг		
제 조 회사 Үйлдвэрлэсэн үйлдвэр	백신 제조 번호 Вакцины үйлдвэрлэлийн дугаар	접종부위 Тариулсан хэсэг
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ 3үүн гар талын булчин ☐ Баруун гар талын булчин
접종자 성명: Тариулсан этгээдийн овог нэр:		(서명) (гарын үсэг)