

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

※ Обратите внимание, что переведенный документ предназначен только для информации при подаче обращения, саму форму следует заполнять и подавать на корейском языке

■ 예방접종의 실시기준 및 방법 [별지 제1호 서식]

■ Стандарты и методы проведения вакцинации [Приложение, форма №1]

예방접종 예진표

Анкета медосмотра перед вакцинацией

안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

В целях безопасного проведения вакцинации внимательно прочитайте приведенные ниже вопросы и лично заполните раздел «Подтверждение» (подтверждение законного представителя или опекуна).

성명 Фамилия и имя		주민등록번호 Рег. № постоянного жителя	- -	(□남 □여) (□ М. □ Ж.)
실제 생년월일 Дата фактического рождения		외국인 등록번호 Рег. № иностранного гражданина	- -	(□남 □여) (□ М. □ Ж.)
전화번호 Тел.	(집) (Домашний телефон)	(휴대전화) (Моб. тел.)	체중 Вес	kg кг

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 Согласие на обработку персональных данных в целях вакцинации	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ Подтверждение вакцинируемого лица (законного представителя, представителя) ☒
<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>В соответствии со ст. 32 Закона о профилактике и контроле за инфекционными заболеваниями и ст. 32-3 Указа о применении того же Закона мы осуществляем сбор персональных и конфиденциальных данных, таких как номер удостоверения личности гражданина и т. п. Ниже представлен перечень дополнительно собираемых данных.</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부관련 알림 서비스를 문자 및 모바일앱으로 제공</p> <p>■ Цель сбора и использования персональных данных: Уведомления о следующих обязательных вакцинациях и завершения вакцинации, а также о возникновении побочных эффектов после вакцинации предоставляется через SMS-сообщения и мобильное приложение.</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)</p> <p>■ Категории собираемых и используемых персональных данных: персональные данные (включая чувствительные данные, регистрационный номер постоянного жителя), номер телефона (дом./моб.)</p> <p>■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년</p> <p>■ Срок хранения и использования персональных данных: 5 лет</p>	
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. Настоящим до проведения вакцинации даю согласие на предварительную проверку данных о пройденных вакцинациях посредством Системы управления вакцинацией. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. * В случае несогласия с предварительной проверкой данных о пройденной вакцинации может быть проведена не требуемая дополнительная или перекрестная вакцинация.	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. Согласен(-на) на получение информации о следующих обязательных вакцинациях и их завершении посредством SMS-уведомлений и мобильное приложение. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. * В случае несогласия с получением сообщений Вы не сможете получать информацию, на которую Вы не давали согласия.	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 알림을 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. Согласен(-на) на получение уведомлений о возникновении побочных эффектов после вакцинации через SMS и мобильное приложение. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет

* В случае несогласия с получением сообщений Вы не сможете получать информацию, на которую Вы не давали согласия.		
<p align="center">접종 대상자에 대한 확인 사항 Сведения о вакцинируемом лице, подлежащие проверке</p>		<p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒</p> <p>Подтверждение вакцинируемого лица (законного представителя, представителя) ☒</p>
<p>오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. () Болит ли у вас что-либо сегодня? Укажите симптомы. ()</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까? Есть ли у вас аллергические реакции на лекарства, продукты питания (включая яйца) или аллергия после вакцинации (такие как крапивница или сыпь)?</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명 :) Были ли у вас побочные реакции после вакцинации в прошлом? Если да, укажите название вакцины. (Название вакцины :)</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰받거나 치료받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. () Вы когда-либо обращались за медицинской помощью или лечились от врожденных болезней, астмы, заболеваний легких, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек, заболеваний печени, диабета и эндокринных заболеваний или заболеваний крови? Если да, укажите название болезни. ()</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까? Были ли у вас судороги или другие заболевания центральной нервной системы (включая синдром Гийена-Барре)?</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 :) Есть ли у вас рак, лейкомия или заболевания иммунной системы? Если да, укажите название болезни. (Название болезни :)</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? Принимали ли вы стероиды, проходили ли химиотерапию или лучевую терапию за последние 3 месяца?</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까? Было ли у вас переливание крови или факт приема иммуноглобулина в течение последнего года?</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :) Проходили ли вы вакцинацию в течение последнего месяца? Если да, укажите название вакцины. (Название вакцины :)</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까? (Для женщин) Беременны ли вы или есть вероятность забеременеть в течение следующего месяца?</p>		<p>☐ 예 ☐ 아니오 ☐ Да ☐ Нет</p>
<p>의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다. Я пройду вакцинацию после того, как услышу от врача результаты медосмотра и объяснение о побочных реакциях.</p> <p>본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : Фамилия и имя вакцинируемого лица (законного представителя, представителя): (Подпись) Отношение к вакцинируемому лицу: * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-) Если вакцинируемое лицо является новорожденным до регистрации рождения, укажите номер удостоверения личности законного представителя (-).</p> <p align="right"> 년 월 일 ГГГГ ММ ДД </p>		

의사예진결과 (의사기록란) Медицинское заключение врача (раздел для заполнения врачом)		확인 ☒ Проверил ☒
체온 : °C Температура тела: °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 Предоставил(-а) пояснения о поствакцинальных побочных реакциях.	☐ ☐
‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음 Предоставил(-а) пояснения о необходимости задержаться в пункте вакцинации на 20-30 минут после введения вакцины для наблюдения за побочными реакциями.		☐ ☐
문진결과 : Результат согласно анкете:		

이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 :

(서명)

На основании вышеизложенных результатов анкеты и медицинского осмотра вакцинация возможна.

Фамилия и имя врача:

(Подпись)

210mm× 297mm(보존용지(2종) 70g/m²)