

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

※ 请注意，译文仅供参考。申请政务服务时，必须在正式的韩文版表格用韩文填写后提交。

서 식 1

코로나19 예방접종 예진표

表 格 1

新冠肺炎预防接种预诊表



■ 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함

■ 已充分了解新型冠状病毒感染(以下简称新冠肺炎)预防接种指南及预防接种后可能发生的异常反应信息, 将根据医生的预诊结果接受疫苗。 ☐ 同意 ☐ 不同意

■ 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

■ 同意接种新冠肺炎疫苗的, 为确保安全接种疫苗, 请仔细阅读下列问题, 并在本人(法定代理人、监护人)确认各栏选择相应事项。

성명 姓名		주민등록번호(외국인등록번호) 居民身份证号(外国人登记号)	- -	(☐ 남 ☐ 여) (☐ 男 ☐ 女)
전화번호 电话号码	(집) (住宅)	(휴대전화) (手机)		
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 关于预防接种业务的个人信息处理等同意事项			본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ 本人 (法定代理人, 监护人)确认 ☒	
<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>依据《关于预防及管理感染病的法律》第33条之4及同法《施行令》第32条之3, 收集居民身份证号等个人信息及敏感信息。追加收集的项目如下:</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收集、使用个人信息的目的: 下一次接种及完成与否, 接种疫苗后是否发生异常反应及信息相关短信等개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)收集、使用个人信息的项目: 个人信息(包括敏感信息、居民身份证号)、电话号码(固定/手机号码)개인정보 보유 및 이용기간: 5년个人信息的保留和使用时间: 5年				
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. 同意在接种新冠肺炎疫苗前, 通过《新冠肺炎疫苗接种管理系统》事先确认接种对象的预防接种记录。 * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. * 不同意事先确认疫苗接种记录时, 有可能导致不必要的额外接种或交叉接种。			☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否	
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다. 2. 同意接收下一次接种新冠肺炎疫苗的时间及完成与否信息, 新冠肺炎疫苗接种后是否发生异常反应及相关短信等。 * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.			☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否	

* 不同意接收短信，将无法接收有关不同意的项目的信息。 ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계없이 안내가 이루어질 수 있습니다. ※ 但, 为了保护预防接种者的生命和健康, 与异常反应相关的重要信息等即便在未经同意的情况下也提供信息。	
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항 关于接种对象的确认事项	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☒ 本人 (法定代理人, 监护人)确认 ☒
① (여성) 현재 임신 중입니까? ① (女性)现在是否怀孕?	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.() ② 和以前不同, 今天是否有不舒服的地方? 请描述疼痛症状。()	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
③ 코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일) ③ 是否被诊断过感染新冠肺炎? 有, 请填写诊断日期。(年 月 日)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ➡ ‘아니오’ 일 경우 ⑤-1번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일) ④ 是否接种过新冠肺炎疫苗? ➡ “否”则移至⑤-1问项 有, 请填写最后一次接种日期。(接种日期: 年 月 日)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
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 接种新冠肺炎疫苗后, 是否因出现严重的过敏反应(过敏性反应: 休克, 呼吸困难, 无意识, 嘴唇/口腔浮肿等)而接受过治疗? (出现重症过敏反应的疫苗种类:)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
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 接种新冠肺炎疫苗后, 是否因出现血小板减少性血栓症、毛细血管渗漏综合征、心肌炎/心包炎等重症异常反应而接受过治疗? (重症异常反应类型: , 出现异常反应的疫苗类型:)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
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 之前是否因出现严重的过敏反应(过敏性反应: 休克, 呼吸困难, 无意识, 嘴唇/口腔浮肿等症状)而接受过治疗? 有, 清楚严重过敏原是什么时请列写出来。 ()	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까? ⑤-2 之前是否被诊断过有毛细血管渗漏综合症?	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. () ⑥ 是否患有凝血障碍, 或正在服用抗凝血剂? 有, 请填写疾病名或药物种类。 ()	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 是 ☐ 否
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 本人(法定代理人, 监护人)姓名: (签名)与接种对象的关系:	

년 월 일 年 月 日		
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란) 医生预诊结果 (医生记录栏)		확인 ☒ 确认 ☒
체온 : °C 体温 : °C	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 已说明预防接种后的异常反应。	☐ ☐
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 已说明“为观察异常反应，接种后须在预防接种机关逗留15~30分钟”。		☐ ☐
예진 결과 预诊 结果	☐ 예방접종 가능 ☐ 可接种疫苗	
	☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ 推迟接种疫苗(事由:)	
	☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ 禁止接种疫苗(事由:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 确认已进行上述问诊和诊察。		의사성명 : (서명) 医生姓名 : (签名)
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란 预 防 接 种 操 作 员 记 录 栏		
제조회사 制造公司	백신 제조 번호 疫苗生产批号	접종부위 接种部位
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ 左上臂 ☐ 右上臂
접종자 성명: 接种者姓名:		(서명) (签名)