

[별지 제1호서식]

## 예방접종 예진표

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

성 명		주민등록번호	-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	체 중	kg
주 소				

예 방 접 종 업 무 를 위 한 개 인 정 보 처 리 등 에 대 한 동 의 사 항	본인(법정대리인, 보호자) 동의 <input checked="" type="checkbox"/>
예방접종 예진표 작성을 위해 주민등록번호 등 개인정보 제공에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 사전에 확인하는 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함
(어린이) 정기예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화로 문자 수신하는 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의함
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ( )	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종증을 적어주십시오. (예방접종증명: )	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ( )	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 : )	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종증을 적어 주십시오. (예방접종증명 : )	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.	
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( - ) ____년 ____월 ____일	

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)	확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 : ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 <input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음	<input type="checkbox"/>
문진결과 :	
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서명)	

210mm× 297mm(보존용지(2종) 70g/㎡)

이 문서는 한글과컴퓨터 뷰어 2007로 인쇄한 문서입니다.

한글과컴퓨터 오피스 2007 정품을 구매하시면 보다 향상된 기능을 지원 받을 수 있습니다. (www.haansoft.com)

[Form No. 1]

## Screening Questionnaire for Immunization

Name			Foreign Registration Number	-	( <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)
Telephone	(Home)	(Cell phone)	Weight	kg	
Home address					

Provision of Personal Information of Vaccination		Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
I hereby consent to provision of my personal information including the Foreign Registration Number.		<input type="checkbox"/> I agree
I hereby consent to checking my child's(my) previous vaccination record.		<input type="checkbox"/> I agree
I hereby consent to receive a reminder message for the date of next schedule and confirmation of current receipt of vaccination (For children only).		<input type="checkbox"/> I agree
Pre-Immunization Screening Checklist		Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
Are you sick today? If yes, please describe the symptoms. ( )		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash after taking medications or food (including eggs), or receiving a vaccination?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced any adverse event following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ( )		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever had been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, health problems of lung, heart, kidney, liver or metabolic disease (e.g. diabetes), or any blood disorder? If yes, please specify the health problem. ( )		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you experienced a seizure or a brain or other nervous system problem (e.g. Guillain-Barré syndrome)?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have cancer, leukemia or any other immune system problem? If yes, please describe the disease. ( )		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past one, have you been given a blood or other blood product transfusion immunoglobulin?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received vaccination in the past one month? If yes, please specify the vaccine. ( )		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(For women) Are you pregnant or is there a chance for you to become pregnant within one month from now?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I hereby give the consent for you to receiving vaccination(s) after being informed about the result of examination of you and the potential adverse events following immunization (AEFIs).		
Patient or Parent/Legal Guardian: (Name) (Signature) (Relationship with patient) * National Registration Number of legal guardian (if your child has not register the birth): - Date: ____ (yyyy) ____ (mm) ____ (dd)		

Results of Pre-Vaccination Screening (to be completed by a physician)		Check <input checked="" type="checkbox"/>
Body temperature :      °C	I have explained about possible risks of immunization(AEFI)	<input type="checkbox"/>
I have explained that the vaccine recipient should stay in the medical institution for 20~30 minutes for observation.		<input type="checkbox"/>
Results of history-taking :		
Based on the history and physical examination, the vaccine recipient is able to receive vaccination.		
Physician (Name): (Signature)		