



- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성 명		주민등록번호(외국인등록번호)	-	(□남 □여)
전화번호	(집)		(휴대전화)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항				본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.				
<ul style="list-style-type: none"> 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 				
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항				본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑
① (여성) 현재 임신 중 입니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ➤ ‘아니오’ 일 경우 ⑤번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
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:)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
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:)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
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. ()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 년 월 일				
의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)				확인 ☑
체온 : ℃		예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음		<input type="checkbox"/>
		'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		<input type="checkbox"/>
예진 결과	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능 <input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유:) <input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유:)			
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명)				
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란				
제조회사		백신 제조 번호		접종부위
				<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완
접종자 서명: (서명)				

※ 1973 ~ 2004년생 중, 3차접종완료 후 기저질환 면역저하질환으로 인해 4차접종 대상이 되는 경우, 별지 서식을 작성 바랍니다.

- 본 문진표는 1973~2004년생 기저질환자면역저하자 중 3차접종 완료자가 4차접종을 하는 경우, 본인이 4차접종 대상자에 해당하는 기저질환자인지를 확인하여 안전하고 효과적인 접종이 이루어지도록 하기 위한 중요한 자료이므로 정확하게 작성하여 주시기 바랍니다.

성명	주민등록번호(외국인등록번호)		-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)		
4 차 접 종 대 상 질환				
고 위 험 군 기 저 질환		면 역 저 하 질환		
<ul style="list-style-type: none"> 만성폐질환: 천식, 간질성폐질환, 폐색전증, 폐고혈압, 기관지확장증, 만성폐쇄성폐질환 심장질환: 심부전, 관상동맥질환, 심근병증, 허혈성심질환, 심장판막질환, 선천성심장병 만성간질환: 간경변, 비알코올성 지방간, 알코올성 간질환, 자가면역성 간염 만성신경계질환: 치매, 파킨슨병, 중증근무력증, 근육병, 다발성경화증, 뇌성마비 및 기타 마비성증후군, 간질 자가면역질환: 전신성홍반성 루푸스, 류마티스 관절염, 크론병, 궤양성 대장염 뇌혈관질환 □ 만성신장질환 □ 암 □ 낭포성섬유증 당뇨병 □ 인체 면역결핍 바이러스(HIV) 감염 비만(BMI≥30kg/m²) □ 활동성 결핵 		<ul style="list-style-type: none"> 중양 또는 혈액암으로 항암 치료를 받고 있는 경우 장기이식 수술을 받고 면역억제제를 복용 중인 경우 조혈모세포 이식 후 2년 이내인 환자 또는 이식 후 2년 이상 경과한 경우라도 면역억제제 치료를 받는 경우 일차(선천) 면역결핍증(항체결핍, DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome 등) 고용량의 코르티코스테로이드 또는 면역을 억제할 수 있는 약물로 치료를 받고 있는 경우 		
<p>이외에도, 상기 기준에 준하는 기저질환자 및 면역저하자로서 4차접종이 필요하다고 판단되는 경우 의사소견에 따라 접종 가능</p>				
확 인 사 항				
<p>▷ 다음중 현재 귀하에게 해당하는 사항이 있습니까? (과거에 해당했으나 현재는 해당하지 않는 경우는 표기하지 않음)</p>				
만성폐질환: 천식, 간질성폐질환, 폐색전증, 폐고혈압, 기관지확장증, 만성폐쇄성폐질환				<input type="checkbox"/>
심장질환: 심부전, 관상동맥질환, 심근병증, 허혈성심질환, 심장판막질환, 선천성심장병				<input type="checkbox"/>
만성간질환: 간경변, 비알코올성 지방간, 알코올성 간질환, 자가면역성 간염				<input type="checkbox"/>
만성신경계질환: 치매, 파킨슨병, 중증근무력증, 근육병, 다발성경화증, 뇌성마비 및 기타 마비성증후군, 간질				<input type="checkbox"/>
자가면역질환: 전신성홍반성 루푸스, 류마티스 관절염, 크론병, 궤양성 대장염				<input type="checkbox"/>
뇌혈관질환 <input type="checkbox"/>	만성신장질환 <input type="checkbox"/>	암 <input type="checkbox"/>	비만(BMI≥30kg/m ²) <input type="checkbox"/>	
낭포성섬유증 <input type="checkbox"/>	인체 면역결핍 바이러스(HIV) 감염 <input type="checkbox"/>	당뇨병 <input type="checkbox"/>	활동성 결핵 <input type="checkbox"/>	
중양 또는 혈액암으로 인한 항암 치료 중 <input type="checkbox"/>				장기이식 수술 후 면역억제제 복용 <input type="checkbox"/>
조혈모세포 이식 후 2년 이내 혹은 2년 이상 경과 후 면역억제제 치료 중 <input type="checkbox"/>				
일차(선천)면역결핍증(항체결핍, DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome 등) <input type="checkbox"/>				
고용량의 코르티코스테로이드 또는 면역을 억제할 수 있는 약물 치료 중 <input type="checkbox"/>				
상기 기준에 준하는 기저질환 및 면역저하(이 항목은 의사와 상의 후 표기) <input type="checkbox"/>				질환명: _____
▷ 본인은 상기 표기 사항이 사실임을 확인합니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
<p>본인(법정대리인, 보호자) 성명 : _____ (서명) 접종대상자와의 관계 : _____</p> <p style="text-align: right;">_____ 년 월 일</p>				