

# 예방접종의 실시기준 및 방법

제정 2020. 9. 14. 질병관리청고시 제2020-9호

개정 2021. 2. 22. 질병관리청고시 제2021-2호

개정 2022. 3. 10. 질병관리청고시 제2022-4호

**제1조(목적)** 이 고시는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」(이하 “법“이라 한다) 제32조 및 같은 법 시행규칙(이하 “시행규칙“이라 한다) 제26조에 따라 예방접종의 실시기준과 방법을 정함으로써 국가예방접종사업을 안전하고 효과적으로 시행하는데 그 목적이 있다.

**제2조(적용대상)** 예방접종 적용대상 감염병은 다음 각 호와 같다.

1. 법 제24조제1항의 제1호 내지 제16호에 규정된 디프테리아, 폴리오, 백일해, 홍역, 파상풍, 결핵, B형간염, 유행성이하선염, 풍진, 수두, 일본뇌염, b형헤모필루스인플루엔자, 폐렴구균, 인플루엔자, A형간염, 사람유두종바이러스 감염증
2. 법 제24조제1항제17호에 따라 「필수예방접종이 필요한 감염병 지정 등」 제1조에 규정된 장티푸스, 신증후군출혈열

**제3조(예방접종의 실시 등)** ① 예방접종은 보건의료기관의 주관 하에 보건 의료기관 내에서 실시하되, 감염병의 확산을 막기 위하여 필요한 경우에는 보건의료기관 이외의 장소에서도 실시할 수 있다.

② 예방접종은 예방접종에 대하여 적절한 교육과 훈련을 받은 능력을 갖춘 의료인이 접종하며 의료인은 현재 권장되고 있는 예방접종의 종류,

접종시기, 접종방법 및 접종하는 백신에 대하여 충분히 이해하고 숙지하여야 한다.

③ 보건의료기관과 의료인은 예방접종에 대하여 국민들에게 다음 각 호의 사항을 숙지하고 국민들에게 안내하여 안전한 예방접종을 하여야 한다.

1. 의료인은 접종대상자를 진찰할 때마다 예방접종 시행여부를 확인하고, 적기에 필요한 예방접종을 할 것을 권유
2. 보건의료기관과 의료인은 예방접종의 중요성, 접종시기, 접종으로 예방할 수 있는 감염병, 예방접종 후 이상반응, 예방접종내역의 기록 및 보관의 중요성 및 필수·임시 예방접종과 기타 예방접종의 차이에 대해 교육·홍보
3. 보건의료기관과 의료인, 접종대상자 본인, 법정대리인 또는 보호자(「아동복지법」 및 「노인복지법」에 규정된 ‘보호자’ 정의를 준용한다, 이하 같다)는 예방접종 시행 전 별지 제1호서식의 예방접종 예진표(영문서식, 전자문서를 포함한다)를 작성하여야 함

④ 보건의료기관은 제3조제3항제3호에 따라 작성된 예방접종 예진표를 작성일로부터 5년 간 보존하여야 한다.

**제4조(주의사항 등)** ① 의료인은 예방접종을 실시하기 전에 다음 각 호의 사항에 유의하여야 한다.

1. 충분한 병력청취와 신체진찰을 통해 접종대상자가 접종이 가능한 상태인지를 판단

2. 제1호의 판단 결과 예방접종의 대상자가 접종을 금기사항이 있을 때에는 접종을 해서는 아니 됨. 단, 금기사항이 아닌 경우를 금기사항으로 잘못 적용하여 접종을 지연시키지 않도록 주의

② 의료인은 예방접종 전후의 주의사항 및 예방접종의 이점과 접종 후 발생할 수 있는 이상반응에 대하여 접종대상자 본인, 법정대리인이나 보호자가 쉽게 이해할 수 있는 용어로 설명한다.

③ 보건 의료기관은 법 제28조 및 시행규칙 제23조에 따라 다음 각 호의 예방접종에 관련된 사항을 시행규칙 별지 제17호서식의 예방접종 실시 기록 및 보고서(전자문서를 포함한다)에 기록하고 보존한다.

1. 접종대상자의 인적사항

2. 접종명, 접종차수, 백신제조번호, 접종일자, 접종방법 등 접종내역

④ 필수 및 임시예방접종을 실시한 자는 법 제28조 및 시행규칙 제23조에 따라 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장에게 그 내용을 제출하며, 접종 후 백신과 관련된 심각한 이상반응이 의심되는 경우에는 의료기관의 장이 법 제11조 및 시행규칙 제7조에 따라 보건소장에게 그 내용을 즉시 신고한다.

⑤ 보건 의료기관은 백신 구입 시 생물학적 제제 출하증명서를 수령하고 제조 연월일, 제조회사, 제공자(공급회사 또는 국가기관), 백신제조번호, 유효기간, 구입량 및 재고량을 확인하여야 하며 접종 전까지 백신의 역가가 충분히 유지되도록 적절한 용기와 방법을 사용하여 백신을 운반·보관하여야 한다.

제5조(실시대상 및 표준접종시기) 제2조에 규정된 예방접종의 실시 대상 및 표준접종시기는 별표 1과 같다.

제6조(준용) 이 고시는 별표 1에 규정된 접종대상 이외의 자에게 예방접종을 실시하는 경우에도 준용된다.

제7조(재검토기한) 질병관리청장은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 9월 12일을 기준으로 매 3년이 되는 시점(매 3년째의 9월 11일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

#### 부칙

이 규정은 발령한 날부터 시행한다.

## [별표 1]

### 예방접종별 실시대상 및 표준접종시기

#### ① 결핵

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 생후 1개월 이내에 1회 접종을 권장한다.
- 백신종류
  - BCG(파내용)

#### ② B형간염

- 접종대상
  - 모든 신생아 및 영아를 대상으로 한다.
  - 과거 B형간염의 감염증거와 예방접종력이 없는 성인 중 B형간염 바이러스에 노출될 위험이 높은 환경에 있는 사람을 우선 접종권장 대상으로 한다.
    - ① B형간염 바이러스 보유자의 가족
    - ② 혈액제제를 자주 수혈받아야 되는 환자
    - ③ 혈액투석을 받는 환자
    - ④ 주사용 약물 중독자
    - ⑤ 의료기관 종사자
    - ⑥ 수용시설의 수용자 및 근무자
    - ⑦ 성매개질환의 노출 위험이 큰 집단
- 표준접종시기
  - 생후 0, 1, 6개월에 3회 접종할 것을 권장한다.
  - 다만, 모체의 B형간염 표면항원 결과가 양성이거나 검사결과를 알지 못하는 경우 아래와 같이 접종할 것을 권장한다.
    - ① 모체가 B형간염 표면항원 양성인 경우: B형간염 면역글로불린 및 B형간염 백신 1차 접종을 출생 직후(12시간 이내) 각각 다른 부위에 실시할 것을 권장한다. 2, 3차 접종은 생후 1, 6개월에 실시한다.
    - ② 모체의 B형간염 표면항원 검사 결과를 알지 못하는 경우 : B형간염 백신 1차 접종을 출생 직후 (12시간 이내)에 실시하고, 모체의 검사 결과가 양성으로 밝혀지면 가능한 빠른 시기 (늦어도 7일 이내)에 B형간염 면역글로불린을 백신접종과 다른 부위에 접종한다. 이 후 B형간염 2차와 3차 접종은 생후 1, 6개월에 실시한다.

### ③ 디프테리아 · 파상풍 · 백일해

- 접종대상
    - 모든 영유아
    - 「모자보건법」 제15조의 5 및 동법 시행령 제16조에 따라 의무접종 해야 하는 산후조리업자 및 종사자(의료인, 간호조무사)
  - 표준접종시기
    - 모든 영유아
    - 생후 2개월, 4개월, 6개월에 3회 기초 접종할 것을 권장한다.
    - 생후 15~18개월, 만4~6세, 만11~12세에 3회 추가 접종할 것을 권장한다.
    - ※ 기초접종 3회는 동일 제조사의 백신으로 접종하는 것을 원칙으로 한다.
    - ※ 표준접종일정
- | 구 분      |    | 표준접종시기     | 접 종 간 격             | 백 신        |
|----------|----|------------|---------------------|------------|
| 기초<br>접종 | 1차 | 생후 2개월     | 최소한 생후 6주 이후        | DTaP       |
|          | 2차 | 생후 4개월     | 1차접종후 4~8주 경과후      | DTaP       |
|          | 3차 | 생후 6개월     | 2차접종후 4~8주 경과후      | DTaP       |
| 추가<br>접종 | 4차 | 생후 15~18개월 | 3차접종후 최소 6개월 이상 경과후 | DTaP       |
|          | 5차 | 만4~6세      | -                   | DTaP       |
|          | 6차 | 만11~12세    | -                   | Tdap 혹은 Td |
- 산후조리업자 및 종사자
    - 해당시설 근무 2주전까지 백일해 예방접종(Tdap)을 1회 접종한다.

### ④ 폴리오

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 접종한다.
- 표준접종시기
  - 생후 2개월, 4개월, 6개월에 3회 기초 접종할 것을 권장한다.  
(단, 3차 접종은 생후 6~18개월까지 접종가능)
  - 만4~6세에 추가 접종할 것을 권장한다.

### ⑤ 홍역 · 유행성이하선염 · 풍진

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 생후 12~15개월과 만4~6세에 2회 접종할 것을 권장한다.

### ⑥ 일본뇌염

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 불활성화 백신은 생후 12~23개월 중 1개월 간격으로 2회 접종하여 기초접종을 완료하고, 생후 24~35개월 (기초 1차 접종 1년 후), 만 6세, 만 12세에 3회 추가 접종할 것을 권장한다.
  - 햄스터 신장세포 유래 약독화 생백신은 생후 12~23개월에 1회 접종하고, 12개월 후 2차 접종할 것을 권장한다.

⑦ 장티푸스

- 접종대상
  - 다음의 대상자중 위험요인 및 접종환경 등을 고려하여 제한적으로 접종할 것을 권장한다.
    - ① 장티푸스 보균자와 밀접하게 접촉하는 사람(가족 등)
    - ② 장티푸스가 유행하는 지역으로 여행하는 사람 및 체류자
    - ③ 장티푸스 균을 취급하는 실험실 요원
- 표준접종시기
  - Vi polysaccharide 백신은 만 2세 이상에서 1회 접종할 것을 권장한다.
  - 경구용 생백신은 만 5세 이상에서 격일로 3회 투여할 것을 권장한다.
  - 장티푸스에 걸릴 위험에 계속 노출되는 경우에는 3년마다 추가접종 할 것을 권장한다.

⑧ 인플루엔자

- 접종대상
  - 다음의 대상자에게 매년 인플루엔자 유행 시기 이전에 예방접종을 받을 것을 권장한다.
    - 1) 인플루엔자 바이러스 감염 시 합병증 발생이 높은 대상자(고위험군)
      - 65세 이상 노인
      - 생후 6개월~59개월 소아
      - 임신부
      - 만성폐질환자, 만성심장질환자(단순 고혈압 제외)
      - 만성질환으로 사회복지시설 등 집단 시설에서 치료, 요양, 수용 중인 사람
      - 만성 간 질환자, 만성 신 질환자, 신경-근육 질환, 혈액-종양 질환, 당뇨병자, 면역저하자(면역억제제 복용자), 60개월 ~ 18세의 아스피린 복용자
      - 50세~64세 성인
    - \* 50~64세 성인은 인플루엔자 합병증 발생의 고위험 만성질환을 갖고 있는 경우가 많으나 예방접종률이 낮아 포함된 대상으로 65세 이상 노인과 구분
    - 2) 고위험군에게 인플루엔자를 전파시킬 위험이 있는 대상자
      - 의료기관 종사자
      - 6개월 미만의 영아를 돌보는 자
      - 만성질환자, 임신부, 65세 이상 노인 등과 함께 거주하는 자
    - 3) 집단생활로 인한 인플루엔자 유행 방지를 위해 접종이 권장되는 대상자
      - 생후 60개월~18세 소아 청소년
- 표준접종시기
  - 매년 1회 접종을 원칙으로 한다.
  - 단, 과거 접종력이 없거나, 첫 해에 1회만 접종받은 6개월 이상 9세미만의 소아에게는 1개월 간격으로 2회 접종하고, 이후 매년 1회 접종한다.

⑨ 신증후군출혈열

- 접종대상
  - 다음의 대상자중 위험요인 및 접종환경들을 고려하여 제한적으로 접종할 것을 권장한다.
    - ① 군인 및 농부 등 직업적으로 신증후군출혈열 바이러스에 노출될 위험이 높은 집단
    - ② 신증후군출혈열(유행성 출혈열) 바이러스를 다루거나 쥐 실험을 하는 실험실 요원
    - ③ 야외활동이 빈번한 사람 등 개별적 노출 위험이 크다고 판단되는 자
- 표준접종시기
  - 1개월 간격으로 2회 접종하고, 2차 접종 후 12개월 뒤에 3차 접종할 것을 권장한다.

⑩ 수두

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 생후 12~15개월에 1회 접종할 것을 권장한다.

⑪ b형헤모필루스인플루엔자

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 생후 2개월, 4개월, 6개월에 3회 기초 접종할 것을 권장한다.
  - 생후 12~15개월에 1회 추가 접종할 것을 권장한다.

⑫ 폐렴구균

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
  - 65세 이상 노인을 대상으로 접종할 것을 권장한다.
- 표준접종시기
  - 영유아의 경우 폐렴구균 단백결합 백신으로 생후 2개월, 4개월, 6개월에 3회 기초접종을 실시하고, 생후 12~15개월에 1회 추가접종 할 것을 권장한다.
  - 65세 이상 노인은 폐렴구균 다당질 백신으로 1회 접종할 것을 권장한다.

⑬ A형간염

- 접종대상
  - 모든 영유아를 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 생후 12~23개월에 1차 접종 후, 6~12개월(또는 6~18개월) 뒤에 2차 접종할 것을 권장한다.

⑭ 사람유두종바이러스 감염증

- 접종대상
  - 해당 연도에 만 12세에 달하거나 만 12세~26세 여성을 대상으로 한다.
- 표준접종시기
  - 만 12~14세 여성은 사람유두종바이러스 감염증 백신(2가 또는 4가)으로 2회 접종할 것을 권장한다.
  - 만 15~26세 여성은 사람유두종바이러스 감염증 백신(2가 또는 4가)으로 3회 접종할 것을 권장한다.

첫 접종 시기	접종 횟수	백신	차수	다음 접종간격
만 12~14세	2회	HPV2	1차	6~12개월
		HPV4	2차	-
만 15~25세	3회	HPV2	1차	1개월
			2차	6개월
			3차	-
만 15~26세		HPV4	1차	2개월
			2차	6개월
			3차	-



## 예방접종 예진표

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

성명		주민등록번호	- (□남 □여)
실제 생년월일		외국인 등록번호	- (□남 □여)
전화번호	(집) (휴대전화)	체중	kg

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
<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>■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부관련 문자</p> <p>■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)</p> <p>■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년</p>	
<p>예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종 대상자에 대한 확인 사항	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 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명: )	<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 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명: )	<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
<p>의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.</p> <p>본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명)      접종대상자와의 관계: -</p> <p>* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(      -      )</p> <p style="text-align: right;">년      월      일</p>	

의사 예진 결과 (의사 기록란)	확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온: °C      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)	

[Form No. 1]

# Immunization Screening Questionnaire

To ensure safe vaccinations, please read the following questions carefully and mark Patient/Parent or Legal Guardian as appropriate.

Name		Resident Registration Numbers	– ( <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)	
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number	– ( <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)	
Telephone	(Home)	(Cell Phone)	Weight	kg

Release of Personal Vaccination Information		Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
<p>We collect personal information including Foreign Registration Number and Sensitive Information in accordance with the "INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 24, 32 and the "ENFORCEMENT DECREE OF THE INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 32-3. The additional personal information to be collected is as follows:</p> <p><input type="checkbox"/> Personal information collection·processing purpose: sending reminder messages regarding upcoming vaccination dates, confirmation messages for received vaccinations, and messages regarding the monitoring of adverse events following immunization.</p> <p><input type="checkbox"/> Personal information collection·processing category: personal information(including Foreign Registration Number and Sensitive Information), telephone(home, cell phone)</p> <p><input type="checkbox"/> Period of retention and use: 5 years</p>		
<p>I hereby consent to the release of my child's (my) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS).</p> <p>* Denying consent could lead to unnecessary vaccinations or cross vaccinations.</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>I hereby consent to receiving reminder messages for upcoming vaccinations and confirmation of received vaccinations.</p> <p>* Denying consent will result in no longer receiving information on upcoming or received vaccinations.</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>I hereby consent to receiving messages for the monitoring of adverse events following immunization.</p> <p>* Denying consent will result in no longer receiving information on adverse events following immunization.</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
Pre-Immunization Screening Checklist		Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
<p>Are you feeling sick today? If yes, please describe any symptoms. ( )</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash to certain medications, foods (especially eggs), or vaccinations?</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Have you ever experienced any adverse events following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ( )</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Have you ever been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, lung, heart, kidney, or liver problems, metabolic diseases (e.g. diabetes), or blood disorders? If yes, please specify.( )</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Have you experienced seizures or other nervous system disorders (e.g. Guillain-Barre syndrome)?</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Do you have cancer, hematologic diseases, or any other immune system problem? If yes, please describe. ( )</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>In the past year, have you ever received a blood transfusion or immunoglobulin?</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Have you received any vaccinations within the past month? If yes, please specify. ( )</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>(For women) Are you pregnant or is there a chance of becoming pregnant within the next month?</p>		<p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>I hereby confirm that I have been informed of my examination results and of the potential adverse events following immunizations (AEFIs), and hereby agree to receiving vaccination(s).</p>		
<p>Patient or Parent/Legal Guardian: (Name) (Signature) (Relationship to patient)</p> <p>* National Registration Number of legal guardian (if your child's birth has not yet been registered): -</p> <p>Date: (yyyy) (mm) (dd)</p>		

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 at the medical institution for 20~30 minutes for observation.		<input type="checkbox"/>
Results of history-taking :		
Based on the patient's history and physical examination, the vaccine recipient is able to receive vaccinations.		
Physician (Name):		(Signature)