■ 「예방접종의 실시기준 및 방법」 [별지 제1호 서식]

예방접종 예진표

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

접종 대상자 인적 사항				
성 명		주민등록번호	-	(□남 □여)
실제 생년월일		외국인 등록번호	-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	체 중	kg

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의 사항	본인 확인 ☑
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 **주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다.** **① 수집·이용 목적: 예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 및 모바일앱 알림 서비스 제공** **② 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)** **③ 보유 및 이용기간: 5년**	
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제26조의2에 따라 예방접종을 하기 전에 접종 대상자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전 확인에 동의하지 않는 경우, 의료인은 예방접종 내역을 서면으로 요구할 수 있으며 접종 대상자는 특별한 사유가 없다면 이에 응하여야 합니다.	□ 예 □ 아니오
예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 알림을 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오

접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	본인 확인 ☑
1. 최근 1개월 이내에 받은 예방접종이 있습니까? 그렇다면 예방접종명을 적어 주십시오. (_____)	□ 예 □ 아니오
2. 과거에 예방접종 후 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 그렇다면 이상반응과 해당 예방접종명을 적어 주십시오.(_____)	□ 예 □ 아니오
3. 오늘 아픈 곳이 있습니까? 그렇다면 아픈 증상을 적어 주십시오. (_____)	□ 예 □ 아니오
4. (여성) 현재 임신 중이거나 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
5. 약이나 음식물(예: 계란) 혹은 백신 접종으로 두드러기, 알레르기 증상(예: 발진, 아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)을 보인 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
6. 암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 그렇다면 병명을 적어 주십시오. (_____)	□ 예 □ 아니오
7. 최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
8. 최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
9. (코로나19) 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 그렇다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. (_____)	□ 예 □ 아니오
10. 경련을 한 적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(예: 길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
11. 그 외 선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환(혈액응고장애 외)으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 그렇다면 병명을 적어 주십시오. (_____)	□ 예 □ 아니오
의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다. 본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : * 접종대상자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호 (-) 년 월 일	

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

210㎜×297㎜(보존용지(2종) 70g/㎡)

[Form No. 1]

Immunization Screening Questionnaire

To ensure a safe vaccination, please read the following questions carefully and complete the form by selecting the appropriate response as either the **Patient, Parent, or Legal Guardian.**

Personal Information of Vaccine Recipient				
Full Name		Resident Registration Number	-	(☐ Male ☐ Female)
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number (if applicable)	-	(☐ Male ☐ Female)
Contact Number	(Home)	(Mobile)	Weight	kg

Consent for Collection and Use of Personal Information	Identity Verification ☑
In accordance with **Article 32 of the Infectious Disease Control and Prevention Act** and **Article 32-3 of its Enforcement Decree, we collect personal and sensitive information, including your Resident Registration Number.** The details of the collection and use are as follows: ① **Purpose of Collection and Use:** To provide notifications regarding upcoming vaccinations and completion status / To monitor adverse events following immunization (AEFI) through SMS and mobile applications ② **Collected Information:** Personal data (including sensitive information and Resident Registration Number) / Home and mobile phone numbers ③ **Retention period:** 5 years	
I hereby consent to the verification of my (or my child's) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS) under Article 26-2 of the Infectious Disease Control and Prevention Act. * If you do not consent, healthcare providers may request your vaccination history in writing, and you must comply unless there are special circumstances.	☐ Yes ☐ No
I agree to receive SMS and mobile app notifications regarding upcoming vaccinations and completion status. * If you do not consent, you will not receive updates on vaccination schedule updates.	☐ Yes ☐ No
I agree to receive SMS and mobile app notifications regarding the monitoring of adverse events following immunization (AEFI). for monitoring adverse events following immunization (AEFI). * If you do not consent, you will not receive notifications related to AEFI monitoring.	☐ Yes ☐ No

Pre-Immunization Screening Checklist (To be completed by the Patient, Parent, or Legal Guardian)	Identity Verification ☑
1. Have you received any vaccinations in the past month? If yes, please specify the vaccine. (_____)	☐ Yes ☐ No
2. Have you ever experienced adverse reactions following a vaccination that required medical treatment? If yes, please specify the vaccine. (_____)	☐ Yes ☐ No
3. Are you feeling unwell today? If yes, please describe your symptoms. (_____)	☐ Yes ☐ No
4. **(For female recipients only)** Are you currently pregnant or planning to become pregnant within the next month?	☐ Yes ☐ No
5. Have you ever had an allergic reaction (such as hives, rash, anaphylactic shock, breathing difficulties, loss of consciousness, or swelling of the lips/month) to medications, food (e.g., eggs), or vaccines?	☐ Yes ☐ No
6. Have you ever been diagnosed with cancer, leukemia, or an immune system disorder? If yes, please specify. (_____)	☐ Yes ☐ No
7. In the past therr months, have you received steroids, chemotherapy, or radiation therapy?	☐ Yes ☐ No
8. In the past year, have you received a blood transfusion or immunoglobulin treatment?	☐ Yes ☐ No
9. **(For COVID-19 vaccination)** Do you have a blood clotting disorder or are you currently taking anticoagulants? If yes, please specify the condition or medication. (_____)	☐ Yes ☐ No
10. Have you ever experienced seizures or neurological conditions (e.g., Guillain-Barré Syndrome)?	☐ Yes ☐ No
11. Have you ever been diagnosed with or treatd for ay congenital anomalies, asthma, lung disease, cardiovascular disease, kidney disease, liver disease, endocrine disorders (e.g., diabetes), or blood disorders (excluding blood clotting disorders)? If yes, please specify. (_____)	☐ Yes ☐ No

Acknowledgement & Consent for Vaccination

I confirm that I have received an explanation regarding my (or my child's) medical examination and potential adverse events following immunization (AEFI). I consent to the administration of the vaccination.

Patient, Parent, or Legal Guardian Name: (Signature)
Relationship to Vaccine recipient:

* National Registration Number of Legal Guardian (if your child's birth has not yet been registered): -	Date(yyyy/mm/dd):

Physician's Pre-Vaccination Screening Results (To be completed by the physician)		Check ☑
Body Temperature: ℃	The recipient has been informed of potential adverse reactions following immunization (AEFI).	☐
The recipient has been advised to remain at the medical institution for 20-30 minutes for post-vaccination observation.		☐
Results of history-taking:		
Based on the patient's history and physical examination, the recipient is cleared for vaccination. Physician's Name: (Signature)		

210㎜×297㎜(보존용지(2종) 70g/㎡)