



시각장애인을 위한 QR코드

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

I have received sufficient amount of information regarding the COVID-19 vaccination and possible abnormal reactions, and I agree to receive vaccination based on my medical exam results.

I agree .  I do not agree
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

If you agree to receive the COVID-19 vaccination, please read the following questions to ensure a safe vaccination process, and fill out the form below (or seek the help of a legal representative/guardian).

성명 Name	주민등록번호(외국인등록번호) Resident Registration Number Alien Registration Number	- -	( <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여) ( <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F)
전화번호 Contact	(집) (Home)	(휴대전화) (Mobile)	
<p>예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 (Consent to Process Personal Information for Vaccination Purposes)</p>			<p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>(Confirmation (by oneself/ legal representative/guardian) <input checked="" type="checkbox"/></p>
<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>Personal and sensitive information is collected according to Article 33.4 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 32.3 of the Enforcement Decree of the Infectious Disease Control and Prevention Act. Additional items collected are as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 Purpose: To notify the patient of information related to the second injection, completion status, abnormal reactions, vaccination, etc.</li> <li>개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) Items Collected and Used: Personal information confidential information, including Resident Registration Number), contact information (home/mobile phone)</li> <li>개인정보 보유 및 이용기간: 5년 Personal information storage period : 5 years</li> </ul>			
<p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 &lt;코로나19 예방접종관리시스템&gt;으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>I agree with checking the vaccination records from the "COVID-19 Vaccination Management System" in advance before receiving vaccination.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>If you do not agree with the advance checkup of the vaccination records, then it may lead to an unnecessary vaccination or cause duplicated vaccination.</p>		<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다.</p> <p>I agree to receive notifications of information regarding COVID-19 vaccination, including the second injection and completion status, and information regarding abnormal reactions caused by the COVID-19 vaccination via text messages.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>If you do not agree to receive notifications, you will not receive information on items for which you did not provide consent.</p> <p>※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.</p>		<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	

To protect the soon-to-be vaccinated's life and health, important information regarding abnormal reactions may be used without consent.		
<b>접종 대상자에 대한 확인 사항</b> (Patient Confirmation Items)		본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/> Confirmation (by oneself/ legal representative/ guardian) <input checked="" type="checkbox"/>
① (여성) 현재 임신 중입니까? (For females) Are you currently pregnant?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 Yes No
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. Do you feel particularly sick today? If so, please indicate your symptoms. ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 Yes No
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. Have you ever been diagnosed with COVID-19? If so, please indicate the date on which you were diagnosed. ( 년 월 일) ( . . ) Year Month Day		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
④ 최근 14일 이내 백신(코로나19 백신 외)을 접종받은 적이 있습니까? Have you received any vaccination (other than COVID-19) in the past 14 days?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
⑤ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ➡ '아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 Have you received COVID-19 vaccination? If you haven't, go to ⑥ 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일) If so, please indicate the date on which you took the vaccination. .(Y) .(M) .(D)		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
⑤-1 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: ) Have you received treatment for severe allergic reactions after receiving the COVID-19 vaccination (Anaphylaxis: shock, difficulty in breathing, loss of consciousness, edema on lips/in mouth, etc.)? (Type of vaccine for which you experienced severe allergic reaction: )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
⑤-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? Have you received treatment for severe TTS (Thrombosis with thrombocytopenia syndrome), capillary leak syndrome, or myocarditis/endocarditis after receiving the vaccination?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
⑥ 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. Have you received treatment for severe allergic reactions (Anaphylaxis: shock, difficulty in breathing, loss of consciousness, edema on lips/in mouth, etc.) before? If so, please indicate what caused the severe allergic reaction. ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
⑦ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. Are you suffering from a hemostatic disorder or receiving anticoagulant treatment? If so, please indicate the type of disease or the anticoagulant you receive. ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 Yes No
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명)      접종대상자와의 관계 : Name (oneself/ legal representative/ guardian): (Signature)      Relationship with the Patient : 년 월 일 .(Y) .(M) .(D)		
<b>의사 예진 결과 (의사 기록란)</b> Examination Results (for Doctors only)		<b>확인</b> <input checked="" type="checkbox"/> Confirmation <input checked="" type="checkbox"/>
체온 :                      ℃ Temperature :            ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 I explained the possible abnormal reactions after the vaccination.	<input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 I explained that the patient must remain at the vaccination facility for 15~30 minutes after receiving the		<input type="checkbox"/>

vaccination to observe possible abnormal reactions.		
예진 결과 Examination Results	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능 Can receive vaccination	
	<input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유: ) Delay vaccination (Reason: )	
	<input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유: ) Prohibit vaccination (Reason: )	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명) I hereby confirm that I have checked the form and finished consultation on the above. Name : (Signature)		
<b>예 방 접 종 시 행 자 기 록 란</b> To be filled out by person injecting the vaccination		
제조회사 Manufacturer	백신 제조 번호 Vaccine Production Number	접종부위 Where Vaccination is Injected <input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완 <input type="checkbox"/> Left Upper Arm <input type="checkbox"/> Right Upper Arm
접종자 성명: Vaccinator:		(서명) (Signature)