

# 코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

## 新型冠状病毒肺炎预防接种预诊表

§ 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 읽어 보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§ 本人充分获得新型冠状病毒肺炎预防接种须知及预防接种后有可能发生的不良反应相关信息，并将按照医生的预诊结果接受预防接种。 同意 不同意

§ 若同意接受新型冠状病毒肺炎预防接种，为了安全接种请仔细阅读以下提问后填写本人(法定代理人、监护人)确认栏。

姓名		居民登记号码 (外国人登记号码)	-	(□男 □女)
电话号码	(家)	(手机)		
<b>有关预防接种业务的个人信息处理等的同意事项</b>				<b>本人(法定代理人、监护人)确认</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<p>按照《关于预防和管理传染病的法律》第33条之4及同法施行令第32条之3的规定，收集居民登记号码等个人信息和敏感信息。附加收集的项目如下。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 收集和使用个人信息的目的：发送下次接种、完成接种与否、预防接种后是否发生不良反应的相关短信等</li> <li>▪ 收集和使用的个人信息项目：个人信息(包括敏感信息、居民登记号码)、电话号码(家/手机)</li> <li>▪ 个人信息的保存和使用期限：5年</li> </ul>				
<p>1. 同意在接受新型冠状病毒肺炎预防接种前，事先通过“新型冠状病毒肺炎预防接种管理系统”确认接种对象的预防接种情况。</p> <p>* 若不同意事先确认预防接种情况，则有可能进行不必要的附加接种或进行交叉接种。</p>				□是 □否
<p>2. 同意用手机短信接收有关下次接种及完成接种与否的信息。</p> <p>* 若不同意接收短信，则对不同意的项目不能获得相关信息。</p>				□是 □否
<p>3. 同意接收有关接种后是否发生不良反应的短信等。</p> <p>* 若不同意接收短信，则对不同意的项目不能获得相关信息。</p>				□是 □否
<b>对接种对象的确认事项</b>				<b>本人(法定代理人、监护人)确认</b> <input checked="" type="checkbox"/>
① (女性)当前是否怀孕?				□是 □否
② 今天是否有与过去不同的病征? 请填写症状。 ( )				□是 □否

③ 是否曾被诊断为新型冠状病毒肺炎? 若是, 则请填写诊断日期。 ( 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
④ 近14天内是否接受过疫苗(除新型冠状病毒肺炎疫苗以外)接种?		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑤ 是否曾接种过新型冠状病毒肺炎疫苗? <b>若回答“否”, 则跳到第⑥项。</b> 若是, 则请填写接种日期。(接种日期: 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑤-1 是否因接种后出现严重过敏反应(Anaphylaxis: 休克、呼吸困难、失去知觉、嘴唇和口腔浮肿等)接受过治疗? (出现严重过敏反应的疫苗种类: )		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑥ 过去是否因严重过敏反应(Anaphylaxis: 休克、呼吸困难、失去知觉、嘴唇和口腔浮肿等)接受过治疗? 若是, 则请填写您所知道的引发了严重过敏反应的物质。 ( )		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
⑦ 是否有凝血功能障碍或服用抗凝剂? 若是, 则请填写疾病名称或药物种类。 ( )		
本人(法定代理人、监护人)姓名: (署名)		与接种对象的关系: 年 月 日
<b>医生预诊结果(医生记录栏)</b>		<b>确认 <input checked="" type="checkbox"/></b>
体温: °C	对接种后有可能出现的不良反应进行了说明。 <input type="checkbox"/>	
说明了“为了观察不良反应, 接种后应在预防接种机构逗留15~30分钟”。		<input type="checkbox"/>
预诊结果	<input type="checkbox"/> 可以进行预防接种	
	<input type="checkbox"/> 推迟预防接种(理由: )	
	<input type="checkbox"/> 预防接种禁忌(理由: )	
兹证明, 进行了上述问诊和诊察。		医生姓名: (署名)
<b>预防接种实施人记录栏</b>		
制造商	疫苗制造编号	接种部位
		<input type="checkbox"/> 左上臂 <input type="checkbox"/> 右上臂
接种人姓名:		