

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

新型コロナウイルス感染症予防接種予診表

§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.

§新型コロナウイルス感染症-(以下、新型コロナ)予防接種の案内および予防接種後に発生しうる異常反応に関する情報を十分に受け取り、医師の予診結果による予防接種を受けます。 ☐同意 ☐同意しない

§新型コロナ予防接種を受けることに同意する場合、安全な予防接種のために 下記の質問事項をよくお読みになり、本人(法定代理人、保護者)確認欄に記録してください。

성명 氏名		주민등록번호 (외국인등록번호) 住民登録番号 (外国人登録番号)	- -	(<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여) (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
전화번호 電話番号	(집) (自宅)	(휴대전화) (携帯電話)		
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 予防接種業務のための個人情報の処理などに対する同意事項				본인 (법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/> 本人(法定代理人、 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
<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>▪개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등</p> <p>▪개인정보 수집·이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)</p> <p>▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년</p> <p>「感染症の予防および管理に関する法律」第33条の4および同法施行令第32条の3に基づき、住民登録番号などの個人情報および敏感情報を収集しています。追加収集される項目は以下のとおりです。</p> <p>・個人情報の収集・利用目的: 次の接種および完了可否、予防接種後の異常反応可否関連メールなど</p> <p>・個人情報の収集・利用項目: 個人情報(敏感情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話)</p> <p>・個人情報の保有および利用期間: 5年</p>				

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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
1.新型コロナ予防接種前に、接種対象者の予防接種の内訳を<新型コロナ予防接種管理システム>で事前確認することに同意します。 *予防接種の内訳の事前確認に同意しない場合、不必要な追加接種または交差接種が生じることがあります。	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다. *문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2.新型コロナ予防接種の次の接種および完了可否に関する情報を携帯メールで受信することに同意します。 *メールの受信に同意しない場合、同意しない項目の情報を受信できません。	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다. 3.新型コロナ予防接種後、異常反応の発生可否に関連したメールなどを受信することに同意します。 *문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
*メールの受信に同意しない場合、同意しない項目の情報を受信できません。	
접종대상자에 대한 확인사항 接種対象者に対する確認事項	본인 (법정대리인, 보호자) 확인☐ 本人(法定代理人、保護者) 確認☑
①(여성) 현재 임신 중 입니까? ①(女性) 現在妊娠中ですか?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ②以前と違って今日具合の悪い所がありますか? 症状を記入してください。 ()	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일) ③新型コロナ感染と診断されたことはありますか? あれば診断日を記入してください。 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? ④最近14日以内にワクチン(コロナワクチン以外)の接種を受けたことはありますか?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? ☞'아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

예방접종 시행자 기록란		
予防接種施行者記録欄		
제조회사 製造会社	백신 제조 번호 ワクチン製造番号	접종부위 接種部位
		<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완 <input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右上腕
접종자 성명: (서명)		
接種者氏名 : (署名)		