

# 예방접종 예진표

|        |           |      |    |
|--------|-----------|------|----|
| 주민등록번호 | - (□남 □여) | 전화번호 |    |
| 성명     |           | 체중   | kg |
| 주소     |           |      |    |

| 접종대상자에 대한 확인 사항                                                                                      | 보호자(본인)확인 <input checked="" type="checkbox"/>           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.<br>( )                                                                 | <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.<br>(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.<br>( ) | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랑-바레 증후군 포함)이 있습니까?                                                          | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오.<br>(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.<br>(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 |

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

보호자(본인) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_ 월 \_\_\_\_ 일

※ 예방접종 확인 및 다음접종 사전알림 수신 ☐ 동의 (휴대전화번호: )

| 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)        |                                        |

상기의 예진표는 예방접종 후 이상반응 발생 시 접종과정의 적정성 여부를 판단하기 위한 목적으로 수집되며, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 제26조에 따라 5년간 보존됩니다.

예방접종기록의 정보는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제28조 및 같은 법 시행규칙 제23조에 따라 피접종자의 누락접종과 중복접종을 방지하고 예방접종증명서 발급을 위해 수집 및 접종기관간에 공유되며, 공공기록물 관리에 관한 법률 시행령에 의거하여 준영구 보존됩니다.

※ 공유정보로는 피접종자 인적사항(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호 등), 보호자의 인적사항, 예방접종내역(접종명, 접종차수, 접종일, 접종백신, 접종방법 및 부위 등)이며, 개인정보 보호법(법률 제10465호)에 의거하여 철저히 보안 관리되고 있습니다.