**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Phiếu chẩn đoán trước khi tiêm ngừa Vi-rút Corona 2019**

|  |
| --- |
| §코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. **☐동의 ☐동의안함**  Tôi đã được cung cấp đầy đủ thông tin về việc hướng dẫn tiêm ngừa Vi-rút Corona 2019 (Corona-19), những phản ứng bất thường có thể xảy ra sau khi tiêm ngừa và sẽ tiêm ngừa theo kết quả chẩn đoán của bác sĩ. ☐Đồng ý ☐Không đồng ý  §코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.  Trường hợp nếu bạn đồng ý tiêm ngừa Corona-19, vui lòng đọc kỹ các câu hỏi dưới đây và điền vào ô xác nhận bản thân (người đại diện hợp pháp, người giám hộ) để được tiêm ngừa an toàn. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  Họ và tên | |  | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  Số chứng minh nhân dân  (Số chứng minh người nước ngoài) | | * (☐남 ☐여) * (☐ Nam ☐ Nữ) | | |
| 전화번호  Số điện thoại | | (집)  (Nhà) | | | | (휴대전화)  (Điện thoại di động) | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  Thoả thuận về việc xử lý thông tin cá nhân cho việc tiêm ngừa | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  Xác nhận bản thân (người đại diện hợp pháp, người giám hộ) |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  Thông tin cá nhân và thông tin nhạy cảm như số chứng minh nhân dân,v.v... đang được thu thập theo khoản 4 điều 33 「Luật Phòng ngừa và Quản lý Bệnh Truyền nhiễm」và khoản 3 điều 32 của Nghị định Thi hành. Nội dung thu thập bổ sung như sau.  ▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  Mục đích thu thập và sử dụng thông tin cá nhân: tin nhắn liên quan đến lần tiêm chủng tiếp theo và hoàn tất liệu trình, và liệu có xảy ra phản ứng bất thường sau khi tiêm ngừa không,v.v...  ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  Nội dung thu thập và sử dụng thông tin cá nhân: thông tin cá nhân (bao gồm thông tin nhạy cảm, số chứng minh nhân dân), số điện thoại (nhà/ điện thoại di động)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  Thời hạn lưu giữ và sử dụng thông tin cá nhân: 5 năm | | | | | | | | | |
| 1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  Tôi đồng ý xác nhận những nội dung tiêm chủng của đối tượng tiêm chủng bằng <Hệ thống quản lý tiêm chủng Corona-19> trước khi tiêm ngừa Corona-19.  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  Trường hợp không đồng ý với việc xác nhận trước nội dung tiêm chủng, bạn có thể phải tiêm chủngbổ sung hoặc tiêm chủng chéokhông cần thiết. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| 2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  Tôi đồng ý nhận những thông tin liên quan đến lần tiêm chủng tiếp theo và việc hoàn tất liệu trình tiêm chủng Corona-19 bằng tin nhắn qua điện thoại.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  Nếu không đồng ý nhận tin nhắn, bạn sẽ không nhận được thông tin về những mục mà không đồng ý. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  Tôi đồng ý nhận các tin nhắnliên quan đến việc xảy ra những phản ứng bất thường sau khi tiêm ngừa Corona-19.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  Nếu không đồng ý nhận tin nhắn, bạn sẽ không nhận được thông tin về những mục mà không đồng ý. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **Thông tin xác nhận về đối tượng tiêm ngừa** | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  Xác nhận bản thân (người đại diện hợp pháp, người giám hộ) |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  (Nữ) Hiện chị có đang mang thai? | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ( )  Hôm nay anh/chị có bị đau chỗ nào khác với trước đây không? Hãy ghi lại những triệu chứng đau đó. | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  Anh/chị có từng được chẩn đoán nhiễm Corona-19 chưa? Nếu có, hãy ghi lại ngày được chẩn đoán.  (Năm \_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  Anh/chị có từng tiêm loại vắc-xin nào (ngoài vắc-xin Corona) trong vòng 14 ngày gần đây chưa? | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)  Anh/chị đã từng tiêm vắc-xin Corona-19 chưa? ☞ Trường hợp “chưa” thì hãy tiếp tục trả lời với câu **⑥**  Trường hợp “có”, vui lòng ghi ngày tiêm chủng . (Ngày tiêm chủng: năm \_\_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_\_ ngày) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| 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: )  Anh/chị đã từng được điều trị do phản ứng dị ứng nặng (sốc phản vệ: sốc, khó thở, mất ý thức, sưng môi/họng, v.v...) sau khi tiêm vắc-xin Corona-19 chưa?  (Loại vắc-xin xảy ra phản ứng dị ứng nặng :) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| ⑥이전에 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어 주십시오.( )  Anh/chị đã từng được điều trị do phản ứng dị ứng nặng nào trước đây (sốc phản vệ: sốc, khó thở, mất ý thức, sưng môi/miệng, v.v…) chưa? Nếu có, vui lòng ghi lại những chất gây ra dị ứng nặng mà bạn biết. ( ) | | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Có ☐ Không |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )  Anh/chị có bị rối loạn đông máu hay có đang dùng thuốc chống đông máu không? Nếu có, vui lòng ghi lại tên bệnh hoặc loại thuốc. ( ) | | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  Họ và tên bản thân (người đại diện hợp pháp, người giám hộ) (Ký tên) Mối quan hệ với người tiêm ngừa:  년 월 일  Năm \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_ ngày \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  **Kết quả chẩn đoán của bác sĩ (mục dành cho bác sĩ)** | | | | | | | | | **확인☑**  **Xác nhận** |
| 체온: ℃  Nhiệt độ: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  Đã giải thích về phản ứng bất thường sau khi tiêm ngừa. | | | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  Đã giải thích “việc phải ở lại cơ sở tiêm ngừa trong vòng 15 ~ 30 phút sau khi tiêm nhằm quan sát phản ứng bất thường”. | | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  Kết quả chẩn đoán | □예방접종 가능 Có thể tiêm chủng | | | | | | | | |
| □예방접종 연기(사유: )  Hoãn tiêm chủng (lý do: ) | | | | | | | | |
| □예방접종 금기(사유: )  Cấm tiêm chủng (lý do: ) | | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)  Tôi xác nhận đã khám và chẩn đoán như trên. Họ và tên bác sĩ: (Ký tên) | | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  Mục dành cho người thực hiện tiêm chủng | | | | | | | | | |
| 제조회사  Công ty sản xuất | | | 백신 제조 번호  Số hiệu sản xuất vắc-xin | | | | | 접종부위  Vị trí tiêm | |
|  | | |  | | | | | □좌측 상완 □우측 상완  □ Bắp tay trái □ Bắp tay phải | |
| 접종자 성명: (서명)  Chữ ký của người tiêm: (Ký tên) | | | | | | | | | |