**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.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명Họ và tên  |  | 주민등록번호(외국인등록번호)Số chứng minh nhân dân(Số chứng minh người nước ngoài)  | * (☐남 ☐여)
* (☐ Nam ☐ Nữ)
 |
| 전화번호Số 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 등Mục 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”.  | ☐ |
| 예진결과Kết 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 |
| 제조회사Công ty sản xuất | 백신 제조 번호Số hiệu sản xuất vắc-xin  | 접종부위Vị trí tiêm  |
|  |  | □좌측 상완 □우측 상완□ Bắp tay trái □ Bắp tay phải |
|  접종자 성명: (서명) Chữ ký của người tiêm: (Ký tên) |