**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Корона вируст халдвар19(Корона-19)-ын вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө хийлгэх урьдчилсан үзлэгийн хуудас**

§코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다.

§Корона вируст халдвар19(цаашид корона 19 гэнэ)-с урьдчилан сэргийлэх вакцинжуулалтад хамрагдах тухай заавар болон вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй гаж урвалын тухай тайлбар авсан бөгөөд эмчийн урьдчилсан үзлэгийн хариуны дараа өгсөн заавар зөвлөгөөг дагаж вакцинжуулалтад хамрагдана.

**☐동의 ☐동의안함**

**☐ Зөвшөөрөв ☐ Зөвшөөрөхгүй**

§코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдахыг зөвшөөрч байгаа бол вакцинжуулалтын аюулгүй байдлыг хангах үүднээс дараах асуултыг уншиж сайтар танилцаад өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) бөглөнө үү.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  Овог нэр | |  | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  Иргэний үнэмлэхний дугаар  (Гадаад иргэний үнэмлэхний дугаар) | | - (☐남 ☐여)  - (☐ Эр ☐ Эм) |
| 전화번호  Утас | | (집)  (휴대전화)  (Гэрийн утас)  (Гар утас) | | | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **Вакцинжуулалтад хувийн мэдээлэл ашиглахыг зөвшөөрөх тухай** | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **Өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) шалгаж бөглөнө☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  「Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналт тавих тухай хууль」-н 33.4 дүгээр заалт болон энэхүү хуулийн дагуу гаргасан тогтоолын 32.4 дүгээр заалтын дагуу иргэний үнэмлэхний дугаар зэрэг хувийн чанартай мэдээллийг авна. Доорхи нэр заасан мэдээллийг нэмж цуглуулж авна.  ▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  ▪ Хувийн мэдээлэл цуглуулж авах·ашиглах зорилго: ▪ Доор нэр заасан вакцинд хамрагдах эсэх, гүйцэд хамрагдсан эсэх, вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй сөрөг үр дагаварын талаархи мессеж илгээх, хүлээж авах  ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  ▪ Цуглуулж авах· ашиглах хувийн мэдээлэл: Хувийн мэдээлэл (Хувийн чанартай мэдээлэл, үүнд иргэний үнэмлэхний дугаар багтана), утасны дугаар(гэрийн/гар утас)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  ▪ Хувийн мэдээллийг хадгалах, ашиглах хугацаа: 5 жил | | | | | | | |
| 1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  1. Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө <Корона19 вакцины хяналтын систем>-д вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний нэрсийн жагсаалтад нэр орсон эсэхийг урьдчилан шүүж шалгахыг зөвшөөрч байна.  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  \*Вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө \*Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний нэрсийн жагсаалтаас нэр шүүхийг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд хийлгэх шаардлагагүй вакцинд хамрагдах, вакцинд давхар хамрагдах тохиолдол гардаг. | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  2. Дараахь Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдах эсэх, гүйцэд хамрагдсан эсэх тухай мэдээллийг гар утсанд мессежээр хүлээн авахыг зөвшөөрч байна.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*Мессеж хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд холбогдох мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй. | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3. Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй гаж урвал, харшлын тухай мэдээлэл бүхий мессеж хүлээн авахыг зөвшөөрч байна.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*Мессеж хүлээн авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд холбогдох мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй. | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүнээс тодруулах зүйлс** | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **Өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) шалгаж бөглөнө☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  (Эмэгтэй) Та одоо жирэмсэн үү? | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ( )  Өнөөдөр таны биед ямар нэгэн зовиур байна уу? Зовиурын шинж тэмдгийг бичнэ үү.  ( ) | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  Корона19-н халдвартай гэсэн онош тогтоолгож байсан уу? Тийм бол онош тогтоосон огноог бичнэ үү.  ( он сар өдөр) | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  Сүүлийн 14 хоногт вакцинжуулалт(корона вакцинаас бусад)-д хамрагдсан уу? | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? **☞’아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오.  (접종일: 년 월 일)  Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдаж байсан уу? **☞’Үгүй’ гэж хариулсан бол ⑥ дугаар асуулт руу шилжинэ.**  Тийм бол вакцин хийлгэсэн огноог бичнэ үү.  (Вакцин хийлгэсэн огноо: он сар өдөр) | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 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: )  Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа хүчтэй харшил(анафилакси: шоконд орох, амьсгал давчдах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах зэрэг) илэрсний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу?  (Хүчтэй харшил илэрсэн вакцины төрөл: ) | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 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.  ( )  Урьд нь хүчтэй харшил(Анафилакси: Шоконд орох, амьсгал давчдах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах зэрэг) илэрсний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол хүчтэй харшил үүсгэсэн бодисын нэрийг бичнэ үү.  ( ) | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까?  있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.  ( )  Та цус бүлэгнэдэг өвчтэй эсвэл цус шингэлэх эм уудаг уу?  Тийм бол өвчний нэр болон ууж байгаа эмнийхээ нэрийг бичнэ үү.  ( ) | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  년 월 일  Өөрийн (хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагчийн) нэр: (Овог нэр)  Вакцин хийлгэх хүнтэй ямар холбоотой болох:  Он сар өдөр | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  **Эмчийн урьдчилсан үзлэгийн хариу(Эмчийн тэмдэглэл)** | | | | | | | **확인☑**  **Шалгаж бөглөнө☑** |
| 체온: ℃  Биеийн халуун: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  Вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа үүсч болзошгүй гаж урвалын талаар тайлбарласан. | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  ‘Вакцинжуулалтын дараа гаж урвал илэрч байгаа эсэхийг ажиглахын тулд вакцин хийлгэсний дараа эмнэлэг дээр 15-30 минут хүлээх ёстой’ гэдгийг тайлрбарласан. | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  Урьдчилсан үзлэгийн хариу | □예방접종 가능  □ Вакцин хийлгэх боломжтой. | | | | | | |
| □예방접종 연기  (사유: )  □ Вакцинжуулалтыг хойшлуулах  (Шалтгаан: ) | | | | | | |
| □예방접종 금기  (사유: )  □ Вакцинжуулалтад хамрагдахыг хориглоно.  (Шалтгаан: ) | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명:  (서명)  Дээрхи асуулга, үзлэгт хамрагдсан болохыг батлав. Эмчийн нэр:  (Овог нэр) | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  **Вакцинжуулалт хийсэн байгууллагын тэмдэглэл** | | | | | | | |
| 제조회사  Үйлдвэрлэсэн компанийн нэр | | | 백신 제조 번호  Вакцины регистрийн дугаар | | | 접종부위  Вакцин хийсэн биеийн хэсэг | |
|  | | |  | | | □좌측 상완 □우측 상완  □ Зүүн дельтоид булчин □ Баруун дельтоид булчин | |
| 접종자 성명:  Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний овог нэр: | | | | | | | |