**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**ใบตรวจร่างกายเบื้องต้นสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา – 19**

|  |
| --- |
| §코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. **☐동의 ☐동의안함**  § ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา – 19 (ต่อไปนี้เรียกว่า โควิด 19) และข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการฉีดวัคซีนดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยจะรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นจากแพทย์ **☐** ยินยอม **☐** ไม่ยินยอม  §코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.  § กรณีที่ยินยอมในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 กรุณาอ่านคำถามดังต่อไปนี้และทำเครื่องหมายลงในช่องยืนยันด้วยตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคดังกล่าวอย่างปลอดภัย |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  ชื่อ - สกุล | |  | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน  (หมายเลขบัตรประจำตัวคนต่างชาติ) | | - (☐남 ☐여)  - (☐ ชาย ☐ หญิง) | | |
| 전화번호  หมายเลขโทรศัพท์ | | (집)  (บ้าน) | | | (휴대전화)  (มือถือ) | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **ข้อตกลงเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคล ฯลฯ เพื่อดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค** | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **ยืนยันด้วยตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง)** **☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  ปัจจุบันมีการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว อาทิ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ฯลฯ ตาม「กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ」4 จากมาตราที่ 33 และกฎหมายบังคับใช้ 3 จากมาตราที่ 32 โดยมีรายการที่รวบรวมเพิ่มเติมดังต่อไปนี้  ▪개인정보 수집 · 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  ▪ จุดประสงค์การรวบรวมและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล: เพื่อแจ้งการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและสถานะเสร็จสิ้นการฉีดวัคซีน, ข้อความเกี่ยวกับสถานะการเกิดอาการผิดปกติ ฯลฯ  ▪개인정보 수집 · 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  ▪ รายการที่รวบรวมและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล: (รวมถึงข้อมูลอ่อนไหว, หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน), หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน/ มือถือ)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  ▪ ระยะเวลาในการเก็บรักษาและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล: 5 ปี | | | | | | | | |
| 1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  1. ก่อนรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ข้าพเจ้ายินยอมว่าได้ตรวจสอบล่วงหน้าเกี่ยวกับรายละเอียดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน ผ่าน <ระบบดำเนินการเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19> แล้วเป็นที่เรียบร้อย  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  \* กรณีที่ไม่ยินยอมในการตรวจสอบล่วงหน้าเกี่ยวกับรายละเอียดการฉีดวัคซีนป้องกันโรค อาจต้องรับการฉีดวัคซีนเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นหรือวัคซีนที่มียี่ห้อต่างกันได้ | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| 2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  2. ข้าพเจ้ายินยอมในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ครั้งต่อไปและสถานะเสร็จสิ้นการฉีดวัคซีนผ่านทางข้อความบนโทรศัพท์มือถือ  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*กรณีที่ไม่ยินยอมในการรับข้อความ, จะไม่สามารถรับข้อมูลได้ หากไม่ยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลรายการ | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3.ข้าพเจ้ายินยอมในการรับข้อความเกี่ยวกับสถานะของการเกิดอาการผิดปกติหลังรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*กรณีที่ไม่ยินยอมในการรับข้อความ, จะไม่สามารถรับข้อมูลได้ หากไม่ยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลรายการ | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **การยืนยันข้อมูลสำหรับกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน** | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **ยืนยันด้วยตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง)** **☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  ① (สำหรับเพศหญิง) ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ② วันนี้ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ต่างจากก่อนหน้านี้หรือไม่? กรุณากรอกอาการเจ็บป่วย  ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. ( 년 월 일)  ③ ท่านเคยรับการตรวจหาโรคติดเชื้อโควิด 19 หรือไม่? หากใช่ กรุณากรอกวันที่ได้รับการตรวจ (ปี เดือน วัน ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  ④ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนอื่น (นอกเหนือจากวัคซีนโควิด) มาก่อนหรือไม่? | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  ⑤ ท่านเคยรับการฉีดวัคซีนโควิด 19 มาก่อนหรือไม่? **☞** **กรณีที่ตอบ ‘ไม่’ ข้ามไปข้อ** **⑥**  있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)  หากใช่ กรุณากรอกวันที่ได้รับวัคซีน (วันที่ได้รับวัคซีน: ปี เดือน วัน ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| 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: )  ⑤-1 ท่านเคยเข้ารับการรักษาเนื่องจากเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง (แอนาฟิแล็กซิส: ช็อก, หายใจติดขัด, หมดสติ, อาการบวมบนปาก/ ในช่องปาก ฯลฯ) หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 หรือไม่? (ประเภทวัคซีนที่ก่อให้เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง: ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| 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.( )  ⑥ ก่อนหน้านี้ท่านเคยเข้ารับการรักษาเนื่องจากเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง (แอนาฟิแล็กซิส: ช็อก, หายใจติดขัด, หมดสติ, อาการบวมบนปาก/ ในช่องปาก ฯลฯ) หรือไม่? หากใช่ กรุณากรอกสารที่ก่อให้เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรงถ้าทราบ ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ ใช่ ☐ ไม่ |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )  ⑦ ท่านมีภาวะเลือดออกง่ายหรืออยู่ระหว่างรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่? หากใช่ กรุณากรอกชื่อโรคและชนิดของยา ( ) | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  ชื่อ – สกุลของตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง): (ลายมือชื่อ) ความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน:  년 월 일  ปี เดือน วัน | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  **ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นจากแพทย์ (ช่องกรอกข้อมูลสำหรับแพทย์)** | | | | | | | | **확인☑**  ยืนยัน **☑** |
| 체온: ℃  อุณหภูมิร่างกาย: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคแล้ว | | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  อธิบายแล้วว่า ‘หลังฉีดวัคซีนแล้วจะต้องอยู่ในหน่วยงานที่ฉีดวัคซีนเป็นเวลา 15 - 30 นาที เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ’ | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  ผลตรวจร่างกาย เบื้องต้น | □예방접종 가능  □ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้ | | | | | | | |
| □예방접종 연기(사유: )  □ เลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค (สาเหตุ: ) | | | | | | | |
| □예방접종 금기(사유: )  □ ห้ามฉีดวัคซีนป้องกันโรค (สาเหตุ: ) | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)  ยืนยันว่าได้ซักถามและตรวจร่างกายตามรายละเอียดข้างต้นแล้ว ชื่อ – สกุลแพทย์:  (ลายมือชื่อ) | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  **ช่องกรอกข้อมูลสำหรับผู้ทำการฉีดวัคซีนป้องกันโรค** | | | | | | | | |
| 제조회사  บริษัทผู้ผลิต | | | 백신 제조 번호  หมายเลขการผลิตวัคซีน | | | | 접종부위  บริเวณที่ฉีดวัคซีน | |
|  | | |  | | | | □좌측 상완 □우측 상완  □ ต้นแขนซ้าย □ ต้นแขนขวา | |
| 접종자 성명: (서명)  ชื่อ-สกุลผู้ทำการฉีดวัคซีน: (ลายมือชื่อ) | | | | | | | | |