**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Laporan Vaksinasi COVID-19**

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

§Saya telah menerima informasi dengan baik mengenai vaksinasi COVID-19 dan reaksi abnormal yang mungkin timbul, dan saya setuju untuk menjalani vaksinasi berdasarkan hasil pemeriksaan medis saya.

**☐동의 ☐동의안함**

**☐ Saya setuju. ☐ Saya tidak setuju.**

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

§Jika Anda setuju untuk menjalani vaksinasi COVID-19, silakan baca pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk memastikan proses vaksinasi yang aman, dan isilah formulir di bawah ini oleh Anda sendiri (atau minta bantuan wali/perwakilan hukum Anda).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  Nama |  | | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  Nomor Pendaftaran Penduduk  (Nomor Pendaftaran Orang Asing) | | - (☐남 ☐여)  - (☐L ☐P) | |
| 전화번호  Kontak | (집)  (휴대전화)  (Rumah)  (Seluler) | | | | | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **Persetujuan Penggunaan Informasi Pribadi untuk Keperluan Vaksinasi** | | | | | | | | **본인 (법정대리인,** **보호자) 확인☑**  **Konfirmasi (oleh**  **diri sendiri/perwakilan hukum/wali)☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  Informasi pribadi dan sensitif dikumpulkan sesuai dengan Pasal 33.4 dalam Undang-Undang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular dan Pasal 32.3 dalam Surat Keputusan Penegakan Undang-Undang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular. Hal-hal tambahan yang dikumpulkan adalah sebagai berikut:  ▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  ▪ Tujuan: Untuk menyampaikan informasi kepada pasien terkait dengan injeksi kedua, status penyelesaian, reaksi abnormal, vaksinasi, dll.  ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  ▪ Hal-hal yang Dikumpulkan dan Digunakan: Informasi pribadi (informasi sensitif, termasuk Nomor Pendaftaran Penduduk), informasi kontak (rumah/telepon seluler)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  ▪ Masa Penyimpanan: 5 tahun | | | | | | | | |
| 1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  1. Saya setuju untuk menjalani pemeriksaan pendahuluan untuk mengonfirmasi catatan vaksinasi COVID-19 dari “Sistem Manajemen Vaksinasi COVID-19” sebelum prosedurnya.  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  \*Jika Anda tidak menyetujui konfirmasi pendahuluan atas catatan vaksinasi, mungkin akan menyebabkan injeksi ganda atau tambahan yang tidak perlu. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| 2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  2. Saya setuju untuk menerima pemberitahuan mengenai informasi terkait vaksinasi COVID-19, termasuk injeksi kedua dan status penyelesaian, melalui pesan teks.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*Jika Anda tidak setuju untuk menerima pemberitahuan, Anda tidak akan menerima informasi tentang hal-hal yang tidak Anda berikan izin untuk itu. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3. Saya setuju untuk menerima pemberitahuan mengenai reaksi abnormal yang disebabkan oleh vaksinasi COVID-19 melalui pesan teks.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \*Jika Anda tidak setuju untuk menerima pemberitahuan, Anda tidak akan menerima informasi tentang hal-hal yang tidak Anda berikan izin untuk itu. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **Hal-Hal untuk Dikonfirmasi Pasien** | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑**  **Konfirmasi (oleh diri sendiri/perwakilan hukum/wali)☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  (Untuk perempuan) Apakah saat ini Anda sedang hamil? | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ( )  Apakah Anda merasa tidak enak badan hari ini? Jika demikian, silakan sampaikan gejala-gejala yang Anda alami.  ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan COVID-19? Jika demikian, silakan tuliskan tanggal saat Anda menjalani pengujian tersebut.  (TTTT.BB.HH) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  Pernahkah Anda menjalani vaksinasi (selain COVID-19) dalam 14 hari terakhir? | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? **☞’아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오.  (접종일: 년 월 일)  Pernahkah Anda menjalani vaksinasi COVID-19? ☞ **Jika belum, langsung ke ⑥**  Jika demikian, silakan tuliskan tanggal saat Anda menerima vaksinasi tersebut.  (TTTT.BB.HH) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| ⑤-1코로나19 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: )  Pernahkah Anda menjalani pengobatan untuk reaksi alergi parah setelah menjalani vaksinasi COVID-19 (Anafilaksis: syok, sesak napas, kehilangan kesadaran, edema pada bibir/dalam mulut, dll.)?  (Vaksin yang membuat Anda mengalami reaksi alergi parah: ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| 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.  ( )  Pernahkah Anda menjalani pengobatan untuk reaksi alergi parah (Anafilaksis: syok, sulit bernapas, hilang kesadaran, edema pada bibir/dalam mulut, dll.) sebelumnya? Jika demikian, silakan tuliskan apa penyebab reaksi alergi parah tersebut.  ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ Ya ☐ Tidak |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까?  있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.  ( )  Apakah Anda menderita gangguan hemostatik atau sedang menjalani pengobatan antikoagulan?  Jika demikian, silakan tuliskan jenis penyakit atau antikoagulan yang Anda terima.  ( ) | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  년 월 일  Nama (diri sendiri/perwakilan hukum/wali): (Tanda tangan) Hubungan dengan Pasien:  TTTT.BB.HH | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  **Hasil Pemeriksaan (untuk Dokter)** | | | | | | | | **확인☑**  **Konfirmasi☑** |
| 체온: ℃  Suhu: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  Saya telah menjelaskan reaksi-reaksi yang mungkin timbul setelah vaksinasi. | | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  Saya telah menjelaskan bahwa pasien harus tetap berada di fasilitas vaksinasi selama 15–30 menit setelah menjalani vaksinasi untuk mengamati reaksi abnormal yang mungkin timbul. | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  Hasil Pemeriksaan | | □예방접종 가능  □ Layak untuk Vaksinasi | | | | | | |
| □예방접종 연기  (사유: )  □ Ditunda  (Alasan: ) | | | | | | |
| □예방접종 금기  (사유: )  □ Dilarang  (Alasan: ) | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명:  (서명)  Dengan ini, saya menegaskan bahwa saya telah membuat diagnosis di atas. Nama:  (Tanda Tangan) | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  **Vaksinasi (Untuk Vaksinator)** | | | | | | | | |
| 제조회사  Produsen | | | 백신 제조 번호  Nomor Produksi Vaksin | | | 접종부위  Lokasi Vaksinasi | | |
|  | | |  | | | □좌측 상완 □우측 상완  □ Lengan Kiri Atas □ Lengan Kanan Atas | | |
| 접종자 성명:  Vaksinator: | | | | | | | | |