

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)	- -	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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				

<p>1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>Tôi đồng ý xác nhận những nội dung tiềm chủng của đối tượng tiềm chủng bằng <Hệ thống quản lý tiềm chủng Corona-19> trước khi tiêm ngừa Corona-19.</p> <p>*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>Trường hợp không đồng ý với việc xác nhận trước nội dung tiềm chủng, bạn có thể phải tiêm chủng bổ sung hoặc tiêm chủng chéo không cần thiết.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>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.</p> <p>*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.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>Tôi đồng ý nhận các tin nhắn liên quan đến việc xảy ra những phản ứng bất thường sau khi tiêm ngừa Corona-19.</p> <p>*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.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>접종대상자에 대한 확인사항</p> <p>Thông tin xác nhận về đối tượng tiêm ngừa</p>	<p>본인 (법정대리인, 보호자) 확인</p> <p>Xác nhận bản thân (người đại diện hợp pháp, người giám hộ)</p>
<p>①(여성) 현재 임신 중입니까?</p> <p>(Nữ) Hiện chị có đang mang thai?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.</p> <p>()</p> <p>Hôm nay anh/chị có bị đau chỗ nào khác với trước đây không? Hãy ghi lại những triệu chứng đau đó.</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.</p> <p>(년 월 일)</p> <p>Anh/chị có từng được chẩn đoán nhiễm Corona-19 chưa? Nếu có, hãy ghi lại ngày được chẩn đoán.</p> <p>(Năm tháng ngày)</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?</p> <p>Anh/chị có từng tiêm loại vắc-xin nào (ngoài vắc-xin Corona) trong vòng 14 ngày gần đây chưa?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>
<p>⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? ☞'아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오.(접종일: 년 월 일)</p> <p>Anh/chị đã từng tiêm vắc-xin Corona-19 chưa? ☞ Trường hợp “chưa” thì hãy tiếp tục trả lời với câu ⑥</p> <p>Trường hợp “có”, vui lòng ghi ngày tiêm chủng .(Ngày tiêm chủng: năm tháng ngày)</p>	<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>

<p>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 :)</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<p>⑥ 이전에 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. (_____)</p>	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<p>⑦ 혈액응고장애를 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. (_____)</p>		
<p>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: _____ _____ _____ Năm _____ tháng _____ ngày _____</p>		
의사 예진 결과 (의사기록란)		
Kết quả chẩn đoán của bác sĩ (mục dành cho bác sĩ)		
<p>체온: _____ °C Nhiệt độ: _____ °C</p>	<p>예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 Đã giải thích về phản ứng bất thường sau khi tiêm ngừa.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>‘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”.</p>		<input type="checkbox"/>
<p>예진결과 Kết quả chẩn đoán</p>	<p><input type="checkbox"/> 예방접종 가능 <input type="checkbox"/> Có thể tiêm chủng <input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유: _____) Hoãn tiêm chủng (lý do: _____) <input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유: _____) Cấm tiêm chủng (lý do: _____)</p>	
<p>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)</p>		

예방접종 시행자 기록단

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 <input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완 <input type="checkbox"/> Bắp tay trái <input type="checkbox"/> Bắp tay phải
접종자 성명:		
Chữ ký của người tiêm:		