



- Tôi đã được cung cấp đầy đủ thông tin về việc hướng dẫn tiêm phòng vi rút Corona19 (corona-19), những phản ứng bất thường có thể xảy ra sau khi tiêm phòng và sẽ tiêm theo kết quả chẩn đoán của bác sĩ  Đồng ý  Không đồng ý
- 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 phòng an toàn.

Họ và tên		Số chứng minh nhân dân (Số chứng minh người nước ngoài)	-	( <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)
Số điện thoại	(nhà)		(Điện thoại di động)	
<b>Thỏa thuận về việc xử lý thông tin cá nhân cho việc tiêm phòng</b>				<b>Xác nhận bản thân</b> (người đại diện hợp pháp, người giám hộ) <input checked="" type="checkbox"/>
Thông tin cá nhân và thông tin nhạy cảm như số chứng minh nhân dân, v... đang được thu thập theo khoản 4 điều 33 「Luật Phòng Ngừa và Quản Lý Bệnh Truyền Nhiễm」 khoản 3 điều 32 của nghị định thi hành nội dung thu thập và bổ sung như sau.				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mục đích thu thập và sử dụng thông tin cá nhân: tin nhắn liên quan đến lần tiêm chủng</li> <li>▪ 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/ di động)</li> <li>▪ Thời gian lưu giữ và sử dụng thông tin cá nhân: 5 năm</li> </ul>				
1. 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. * Trường hợp không đồng ý với việc xác nhận trước nội dung tiêm chủng, bạn có thể phải tiêm bổ sung hoặc tiêm chủng chéo không cần thiết.				<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
2. Tôi đồng ý nhận thông tin về lần tiêm chủng tiếp theo và việc hoàn thành tiêm chủng Corona-19, và các tin nhắn văn bản liên quan đến việc xảy ra phản ứng có hại sau khi tiêm chủng Corona-19. * Nếu không đồng ý nhận tin nhắn, bạn sẽ không nhận được thông tin về những mục mà không đồng ý. ※ Tuy nhiên, để bảo vệ tính mạng và sức khỏe của người được tiêm chủng, thông tin có thể được cung cấp bất chấp sự đồng ý trong trường hợp thông tin quan trọng liên quan đến phản ứng có hại..				<input type="checkbox"/> có <input type="checkbox"/> không
<b>Thông tin xác nhận về đối tượng tiêm phòng</b>				<b>xác nhận bản thân</b> (người đại diện hợp pháp, người giám hộ) <input checked="" type="checkbox"/>
① (nữ) Hiện tại chị có đang mang thai?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
② Hôm nay bạn có bị đau chỗ nào khác với trước đây không, hãy ghi lại những triệu chứng đó ( )				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
③ Bạn có từng bị chẩn đoán nhiễm Corona-19 chưa? Nếu có hãy ghi lại ngày chẩn đoán. ( năm tháng ngày)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④ Bạn có từng tiêm loại vắc xin nào (ngoài vắc xin Corona) trong vòng 14 ngày gần đây?				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤ Bạn đã từng tiêm vắc xin Corona-19 chưa? <input checked="" type="checkbox"/> <b>trường hợp chưa thì hãy tiếp tục với câu</b>				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑥ nếu có vui lòng ghi ngày tiêm chủng. (ngày tiêm: năm tháng ngày)				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

⑤-1 Bạn đã từng điều trị do phản ứng dị ứng nặng(sốc phản vệ: sốc , khó thở, mất ý thức, sưng môi/họng, v..)chưa? nếu có hãy ghi lại những vắc xin gây ra dị ứng nặng mà bạn biết: ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-2 Bạn đã bao giờ được điều trị các phản ứng có hại nghiêm trọng như huyết khối giảm tiểu cầu, hội chứng rò rỉ mao mạch, viêm cơ tim / viêm màng ngoài tim, v.v. sau khi được tiêm vắc xin Corona-19 chưa? (loại vắc xin phản ứng có hại nghiêm trọng: ( ) loại vắc xin có phản ứng phụ: ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑥ Bạn 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/họng, v..)chưa? nếu có hãy ghi lại những vắc xin gây ra dị ứng nặng mà bạn biết. ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑦ Bạn có bị rối loạn đông máu hay có đang dùng thuốc đông máu không? nếu có hãy ghi lại tên bệnh hoặc các loại thuốc. ( )		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
Họ và tên bản thân(người đại diện hợp pháp, người giám hộ) : (ký tên) mối quan hệ với người tiêm phòng		
		năm tháng ngày
<b>Kết quả chẩn đoán của bác sĩ (mục dành cho bác sĩ)</b>		<b>xác nhận <input checked="" type="checkbox"/></b>
Nhiệt độ : °C	Đã giải thích về phản ứng bất thường sau khi tiêm	<input type="checkbox"/>
'Đã giải thích"việc phải ở lại cơ sở tiêm phòng trong vòng 15~30p sau khi tiêm nhằm quan sát phản ứng bất thường		<input type="checkbox"/>
Kết quả chẩn đoán	<input type="checkbox"/> có thể tiêm chủng	
	<input type="checkbox"/> hoãn tiêm chủng(lý do: ( )	
	<input type="checkbox"/> cấm tiêm chủng(lý do: ( )	
Tôi xác nhận đã khám và chẩn đoán như trên. họ và tên bác sĩ : (ký tên)		
<b>Mục dành cho người thực hiện tiêm chủng</b>		
Công ty sản xuất	Số hiệu sản xuất vắc xin	Vị trí tiêm
		<input type="checkbox"/> bắp tay trái <input type="checkbox"/> bắp tay phải
Chữ ký của người tiêm:		(ký tên)