**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Форма предварительного медицинского осмотра для профилактической вакцинации против COVID-19**

|  |
| --- |
| §코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다.  § Я получил (-а) достаточно информации о профилактической вакцинации против коронавирусной инфекции (далее - COVID-19) и возможных побочных реакциях, которые могут возникнуть после вакцинации. Я пройду вакцинацию в соответствии с заключением врача после предварительного медицинского осмотра.  **☐동의 Согласен(-на)** **☐동의안함** **Не согласен(-на)**  §코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.  § Если вы согласны пройти вакцинацию против COVID-19, пожалуйста, внимательно прочтите следующие вопросы и ответьте на них, поставив отметку в соответствующем поле лично (официальным представителем, опекуном), для безопасного проведения вакцинации. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  ФИО | |  | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  Идентификационный номер регистрации гражданина (Идентификационный номер иностранца) | | - (☐남 ☐여)  - (☐М ☐Ж) | | |
| 전화번호  Номер телефона | | (집) (Домашний) | | | | (휴대전화) (Мобильный) | | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **Соглашение об обработке персональных данных для проведения вакцинации** | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자)**  **Я (официальный представитель или опекун)**  **확인 ☑**  **Подтверждаю ☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  ▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  Персональные данные и конфиденциальная информация, например, идентификационный номер регистрации гражданина, собирается в соответствии с пунктом 33-4 закона «О контроле и профилактике инфекционных заболеваний» и пунктом 32-3 Указа об исполнении того же закона. Дополнительная информация собирается в соответствии с нижеследующим.  ▪ Цель сбора и использования персональных данных: Отправка сообщений, касающихся последующих прививок, завершения вакцинации, побочных реакций, возникших после вакцинации и т.д.  ▪ Собираемые и используемые персональные данные: Персональные данные (включая конфиденциальную информацию и идентификационный номер регистрации гражданина), номер телефона (домашний/мобильный телефон)  ▪ Срок хранения и использования личной информации: 5 лет | | | | | | | | | |
| 1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  1. Я согласен(-на) на проверку прививочного анамнеза перед вакцинацией COVID-19 через <систему контроля вакцинации против COVID-19>  \* При несогласии с предварительной проверкой прививочного анамнеза возможно введение ненужной дополнительной дозы или введение иного типа вакцины. | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| 2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  2. Я согласен(-на) получать сообщения на мобильный телефон с информацией о следующей прививке и завершении вакцинации против COVID-19.  \* В случае несогласия на получение сообщений, вы не будете получать информацию о пунктах, на которые вы не давали согласия. | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3. Я согласен(-на) получать сообщения, связанные с проверкой возникновения побочных эффектов после вакцинации против COVID-19.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \* В случае несогласия на получение сообщений, вы не будете получать информацию о пунктах, на которые вы не давали согласия. | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **Контрольный перечень вопросов для вакцинируемых лиц** | | | | | | | | | **본인 (법정대리인, 보호자)**  **Я (официальный представитель или опекун)**  **확인 ☑**  **Подтверждаю ☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  ① (Для женщин) Беременны ли вы на данный момент? | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ② Испытываете ли вы сегодня боль, которой не было прежде? Опишите, что у вас болит.  ( ) | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  ③ Вам когда-либо ставили диагноз COVID-19? Если «да», укажите дату постановки диагноза.  \_\_(год) \_\_(месяц) \_\_\_\_(день) | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  ④ Получали ли вы какие-либо прививки в течение последних 14 дней (помимо вакцинации против COVID-19)? | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)  ⑤ Вы когда-нибудь делали прививку против COVID-19? **☞ Если «нет», переходите к вопросу ⑥**  Если «да», укажите дату вакцинации. (Дата вакцинации: \_\_(год) \_\_(месяц) \_\_\_\_(день)) | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| 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 Получали ли вы когда-либо лечение тяжелой аллергической реакции (анафилаксия: шок, затрудненное дыхание, потеря сознания, отек губ/ полости рта и т.д.) после вакцинации против COVID-19?  (Типы вакцин, вызвавшие тяжелую аллергическую реакцию: ) | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| 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 Получали ли вы когда-либо лечение тяжелой аллергической реакции (анафилаксия: шок, затрудненное дыхание, потеря сознания, отек губ/ полости рта и т.д.)? Если «да», укажите, если знаете, что вызывает у вас тяжелую аллергическую реакцию.  ( ) | | | | | | | | | ☐예 (Да)  ☐아니오 (Нет) |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )  ⑦ Есть ли у вас нарушение свертываемости крови или принимаете ли вы антикоагулянты? Если «да», укажите название заболевания или тип лекарства.  ( ) | | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명 Я (официальный представитель или опекун), ФИО:  (서명 Подпись) 접종대상자와의 관계Связь по отношению к вакцинируемому лицу:  년 월 일  \_\_(год) \_\_(месяц) \_\_\_\_(день) | | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  Заключение предварительного медицинского осмотра (Заполняется врачом) | | | | | | | | | **확인☑**  **Подтверждаю ☑** |
| 체온: ℃  Температура: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  Побочные эффекты, которые могут возникнуть после вакцинации, объяснены. | | | | | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  Было разъяснено, что необходимо оставаться в пункте вакцинации в течение 15-30 минут для наблюдения, на случай, если после вакцинации возникнут какие-либо побочные реакции. | | | | | | | | | ☐ |
| 예진결과  Заключение предварительного мед.осмотра | □예방접종 가능  □ Можно вакцинироваться | | | | | | | | |
| □예방접종 연기(사유: )  □ Вакцинацию следует отложить (Причина: ) | | | | | | | | |
| □예방접종 금기(사유: )  □ Вакцинация противопоказана (Причина: ) | | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)  Подтверждаю, что опрос и медицинский осмотр проведены. ФИО врача: (Подпись) | | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  **Поля, заполняемые лицом, проводящим вакцинацию** | | | | | | | | | |
| 제조회사  Компания-производитель | | | 백신 제조 번호  Серийный номер вакцины | | | | | 접종부위  Место введения вакцины | |
|  | | |  | | | | | □좌측 상완 □우측 상완  □ Левое плечо □ Правое плечо | |
| 접종자 성명: (서명)  ФИО вакцинируемого лица: (Подпись) | | | | | | | | | |