**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**جدول الفحص المسبق للحصول على لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)**

|  |
| --- |
| §코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. **☐동의 ☐동의안함** §코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.§ حصلتُ بشكل كافٍ على الإرشادات المتعلقة بلقاح فيروس كورونا19 (كوفيد- 19) وحول الاعراض السلبية المحتمل حدوثها بعد الحصول على اللقاح، وسأخضع للتطعيم وفقًا لنتيجة الفحص المسبق للطبيب. **☐ موافق ☐ غير موافق**§ في حال الموافقة على الحصول على اللقاح، من أجل التلقيح الآمن يرجى قراءة الأسئلة أدناه بعناية ، والتوقيع شخصيًا (الممثل القانوني ، الوصي) خانة الاختيار الخاصة بالتحقق. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명الاسم |  | 주민등록번호(외국인등록번호)رقم تسجيل المواطن(رقم تسجيل الأجانب) |  - (☐남 ☐여)- (☐ ذكر ☐ أنثى)  |
| 전화번호رقم الهاتف | (집) (휴대전화) (رقم الجوال) (المنزل)  |   |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항****الموافقة على الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية، وغيرها لإجراءات التلقيح** | 본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑تحقق الشخص نفسه (الممثل القانوني، الوصي) ☑  |
| 「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 يتم جمع المعلومات الشخصية والمعلومات الحساسة مثل رقم تسجيل المواطن بموجب المادة رقم 4-33 من "قانون الوقاية من الأمراض المعدية وإدارتها" والمادة رقم 3-32 من اللائحة التنفيذية للقانون نفسه. البنود الإضافية التي سيتم جمعها هي كما يلي.▪ الغرض من جمع واستخدام المعلومات الشخصية: رسائل نصية تتعلق بجرعة اللقاح التالية وإتمام التلقيح، حدوث اعراض سلبية بعد التلقيح، إلخ▪ جمع المعلومات الشخصية وبنود الاستخدام: المعلومات الشخصية (تشمل المعلومات الحساسة، ورقم تسجيل المواطن)، ورقم الهاتف (المنزل / الهاتف المحمول)▪فترة الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية واستخدامها: 5 سنوات |
| 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. قبل الحصول على لقاح كورونا19، أوافق على التحقق المسبق من التفاصيل الخاصة بالخاضعين للقاح باستخدام <نظام إدارة لقاحات كورونا19 <. \* إذا كنت لا توافق على التحقق المسبق لتفاصيل اللقاح، فقد ينتج عن ذلك لقاحات إضافية غير ضرورية أو تطعيمات متقاطعة. | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
| 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. أوافق على تلقي معلومات حول الجرعة القادمة واستكمال جرعات لقاح كورونا19 عبر رسالة نصية على هاتفي المحمول. \* إذا كنت لا توافق على تلقي رسائل نصية، فلن تتمكن من تلقي معلومات حول البنود التي لا توافق عليها. | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.3. أوافق على تلقي رسائل نصية تتعلق بحدوث الاعراض السلبية، وغيرها بعد الحصول على لقاح كورونا19. \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.\* إذا كنت لا توافق على تلقي رسائل نصية، فلن تتمكن من تلقي معلومات حول البنود التي لا توافق عليها. | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
| **접종대상자에 대한 확인사항****قائمة التحقق للفئة المستهدفة من اللقاح** | 본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑تحقق الشخص نفسه (الممثل القانوني، الوصي) ☑  |
|  ①(여성) 현재 임신 중 입니까?①هل أنتِ حامل حاليًا (خاص بالسيدات)؟ | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.② هل توجد أماكن محددة في جسدك تؤلمك اليوم على غير العادة؟ اكتب الأعراض المؤلمة. ( ) | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.( 년 월 일)③ هل سبق تشخيصك بأنك مصاب بكورونا19؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى كتابة تاريخ التشخيص.(يوم شهر عام ) | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? ④ هل حصلت على لقاح كورونا (أو أي تطعيم آخر) خلال الـ14 يوما السابقة ؟ | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로** 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)⑤ هل حصلت على لقاح كورونا من قبل؟ ☚ **إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال رقم ⑥** إذا كانت الإجابة نعم، اكتب تاريخ الحصول على اللقاح. (تاريخ الحصول على اللقاح: يوم شهر عام ) | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  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 هل تلقيت علاجًا من قبل بسبب ظهور اعراض حساسية شديدة (حساسية مفرطة: صدمة، ضيق تنفس، فقدان وعي، ورم في الشفتين / داخل الفم، إلخ)، بعد الحصول على لقاح كورونا؟ (نوع اللقاح الذي تسبب في ظهور اعراض حساسية شديدة لديك: ) | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  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 هل سبق لك أن تلقيت علاجًا بسبب ظهور اعراض حساسية شديدة (حساسية مفرطة: صدمة، ضيق تنفس، فقدان وعي، ورم في الشفتين / داخل الفم، إلخ)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى كتابة المادة التي تسببت في هذه الحساسية الشديدة إذا كنت تعرفها. ( ) | ☐예 ☐아니오☐ نعم ☐ لا |
|  ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )⑦ هل تعاني من اضطراب في تخثر الدم أو تتناول مضادات تخثر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى كتابة اسم المرض أو نوع الدواء الذي تتناوله. ( ) |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  년 월 일 الاسم الشخص نفسه (الممثل القانوني ، الوصي): (التوقيع) العلاقة بمتلقي التطعيم: يوم شهر عام  |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**نتيجة الفحص المسبق للطبيب (خانة السجل الطبي) | **확인☑****التحقق☑**  |
| 체온: ℃درجة الحرارة: ℃ | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 تم شرح الاعراض السلبية بعد اللقاح. | **확인☑****التحقق☑** |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음 تم شرح أنه "يجب عليك البقاء في مرفق اللقاح لمدة 15 إلى 30 دقيقة بعد الحصول على اللقاح، وذلك لمراقبة حدوث اعراض سلبية من عدمه." | **확인☑****التحقق☑** |
| 예진결과نتيجة الفحص المسبق |  □예방접종 가능 □ إمكانية الحصول على اللقاح  |
|  □예방접종 연기(사유: )□ تأجيل الحصول على اللقاح (السبب : ) |
|  □예방접종 금기(사유: )□ عدم إمكانية الحصول على اللقاح (السبب : ) |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)نشهد بأنه تم إجراء الاستبيان والفحص أعلاه. اسم الطبيب: (التوقيع) |
| **예방접종 시행자 기록란**خانة مخصصة للقائم بالتلقيح |
| 제조회사الشركة المصنعة | 백신 제조 번호رقم تصنيع اللقاح | 접종부위مكان التلقيح |
|  |  | □좌측 상완 □우측 상완□ الجزء العلوي من الذراع الأيسر □ الجزء العلوي من الذراع الأيمن |
|  접종자 성명: (서명)اسم القائم بالتلقيح: (التوقيع) |