**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**Корона вируст халдвар19(Корона-19)-ын вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө хийлгэх урьдчилсан үзлэгийн хуудас**

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

§Корона вируст халдвар19(цаашид корона 19 гэнэ)-с урьдчилан сэргийлэх вакцинжуулалтад хамрагдах тухай заавар болон вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй гаж урвалын тухай тайлбар авсан бөгөөд эмчийн урьдчилсан үзлэгийн хариуны дараа өгсөн заавар зөвлөгөөг дагаж вакцинжуулалтад хамрагдана.

**☐동의 ☐동의안함**

**☐ Зөвшөөрөв ☐ Зөвшөөрөхгүй**

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

§Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдахыг зөвшөөрч байгаа бол вакцинжуулалтын аюулгүй байдлыг хангах үүднээс дараах асуултыг уншиж сайтар танилцаад өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) бөглөнө үү.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성명Овог нэр  |  | 주민등록번호(외국인등록번호)Иргэний үнэмлэхний дугаар(Гадаад иргэний үнэмлэхний дугаар) | - (☐남 ☐여)- (☐ Эр ☐ Эм) |
| 전화번호Утас | (집)(휴대전화)(Гэрийн утас)(Гар утас) |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항****Вакцинжуулалтад хувийн мэдээлэл ашиглахыг зөвшөөрөх тухай** | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑****Өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) шалгаж бөглөнө☑** |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.「Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналт тавих тухай хууль」-н 33.4 дүгээр заалт болон энэхүү хуулийн дагуу гаргасан тогтоолын 32.4 дүгээр заалтын дагуу иргэний үнэмлэхний дугаар зэрэг хувийн чанартай мэдээллийг авна. Доорхи нэр заасан мэдээллийг нэмж цуглуулж авна.▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등▪ Хувийн мэдээлэл цуглуулж авах·ашиглах зорилго: ▪ Доор нэр заасан вакцинд хамрагдах эсэх, гүйцэд хамрагдсан эсэх, вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй сөрөг үр дагаварын талаархи мессеж илгээх, хүлээж авах ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)▪ Цуглуулж авах· ашиглах хувийн мэдээлэл: Хувийн мэдээлэл (Хувийн чанартай мэдээлэл, үүнд иргэний үнэмлэхний дугаар багтана), утасны дугаар(гэрийн/гар утас)▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년▪ Хувийн мэдээллийг хадгалах, ашиглах хугацаа: 5 жил  |
| 1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.1. Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө <Корона19 вакцины хяналтын систем>-д вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний нэрсийн жагсаалтад нэр орсон эсэхийг урьдчилан шүүж шалгахыг зөвшөөрч байна.\*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.\*Вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө \*Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний нэрсийн жагсаалтаас нэр шүүхийг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд хийлгэх шаардлагагүй вакцинд хамрагдах, вакцинд давхар хамрагдах тохиолдол гардаг. | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.2. Дараахь Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдах эсэх, гүйцэд хамрагдсан эсэх тухай мэдээллийг гар утсанд мессежээр хүлээн авахыг зөвшөөрч байна. \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.\*Мессеж хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд холбогдох мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй. | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.3. Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй гаж урвал, харшлын тухай мэдээлэл бүхий мессеж хүлээн авахыг зөвшөөрч байна.\*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.\*Мессеж хүлээн авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд холбогдох мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй. | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| **접종대상자에 대한 확인사항****Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүнээс тодруулах зүйлс** | **본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑****Өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) шалгаж бөглөнө☑** |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?(Эмэгтэй) Та одоо жирэмсэн үү? | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )Өнөөдөр таны биед ямар нэгэн зовиур байна уу? Зовиурын шинж тэмдгийг бичнэ үү.( ) | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.( 년 월 일)Корона19-н халдвартай гэсэн онош тогтоолгож байсан уу? Тийм бол онош тогтоосон огноог бичнэ үү.( он сар өдөр) | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?Сүүлийн 14 хоногт вакцинжуулалт(корона вакцинаас бусад)-д хамрагдсан уу? | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? **☞’아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**있다면 접종일을 적어주십시오.(접종일: 년 월 일)Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдаж байсан уу? **☞’Үгүй’ гэж хариулсан бол ⑥ дугаар асуулт руу шилжинэ.**Тийм бол вакцин хийлгэсэн огноог бичнэ үү.(Вакцин хийлгэсэн огноо: он сар өдөр) | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 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: )Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа хүчтэй харшил(анафилакси: шоконд орох, амьсгал давчдах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах зэрэг) илэрсний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу?(Хүчтэй харшил илэрсэн вакцины төрөл: ) | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| 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.( )Урьд нь хүчтэй харшил(Анафилакси: Шоконд орох, амьсгал давчдах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах зэрэг) илэрсний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол хүчтэй харшил үүсгэсэн бодисын нэрийг бичнэ үү.( ) | ☐예 ☐아니오☐ Тийм ☐ Үгүй |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까?있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )Та цус бүлэгнэдэг өвчтэй эсвэл цус шингэлэх эм уудаг уу?Тийм бол өвчний нэр болон ууж байгаа эмнийхээ нэрийг бичнэ үү.( ) |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:년 월 일Өөрийн (хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагчийн) нэр: (Овог нэр)Вакцин хийлгэх хүнтэй ямар холбоотой болох:Он сар өдөр |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)****Эмчийн урьдчилсан үзлэгийн хариу(Эмчийн тэмдэглэл)** | **확인☑****Шалгаж бөглөнө☑** |
| 체온: ℃Биеийн халуун: ℃ | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음Вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа үүсч болзошгүй гаж урвалын талаар тайлбарласан. | ☐ |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음‘Вакцинжуулалтын дараа гаж урвал илэрч байгаа эсэхийг ажиглахын тулд вакцин хийлгэсний дараа эмнэлэг дээр 15-30 минут хүлээх ёстой’ гэдгийг тайлрбарласан. | ☐ |
| 예진결과Урьдчилсан үзлэгийн хариу | □예방접종 가능□ Вакцин хийлгэх боломжтой. |
| □예방접종 연기(사유: )□ Вакцинжуулалтыг хойшлуулах(Шалтгаан: ) |
| □예방접종 금기(사유: )□ Вакцинжуулалтад хамрагдахыг хориглоно. (Шалтгаан: ) |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명:(서명)Дээрхи асуулга, үзлэгт хамрагдсан болохыг батлав. Эмчийн нэр:(Овог нэр) |
| **예방접종 시행자 기록란****Вакцинжуулалт хийсэн байгууллагын тэмдэглэл** |
| 제조회사Үйлдвэрлэсэн компанийн нэр | 백신 제조 번호Вакцины регистрийн дугаар | 접종부위Вакцин хийсэн биеийн хэсэг |
|  |  | □좌측 상완 □우측 상완□ Зүүн дельтоид булчин □ Баруун дельтоид булчин |
| 접종자 성명:Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний овог нэр: |