

予防接種の手順ガイド

(多文化家庭の保護者向け)

1. あなたの母国語で書かれた予防接種予診票を確認して、「(韓国語)予防接種予診票」を作成してください。

<予防接種予診票を作成する際のご注意>

- 子どもの氏名は、ハングル又は英語で記入してください。
- 住民登録番号(外国人登録番号)を記入してください。住民登録番号(外国人登録番号)がない場合は、保健所での予防接種のために発行された「臨時管理番号」を記入してください。
- 住民登録上の生年月日と実際の生年月日が異なる場合には、実際の生年月日を記入してください。
- * 接種のスケジュールは実際の生年月日基準で決まるので、実際の生年月日が異なる場合には、実際の生年月日を証明できる書類(出生証明書など)を持参の上、最寄りの保健所にて変更申立てを行ってください。
- 今痛みを感じている部位があれば、下記の症状を参考にして、症状を記入してください。

1. 発熱	2. 咳	3. 喉の痛み(腫れ)	4. 下痢	5. 腹痛
6. 嘔吐	7. 頭痛	8. 気力がない	9. その他	

2. 子どもの名前を呼名するまで、診療室の前でしばらく待機してください。

3. (接種前)過去に同じ接種を受けたことがあるか、子どもの過去の接種履歴を確認します。

- ※ 子どもの過去接種履歴を、診断医が電算システムで照会する場合があります。
- ※ 子どもの予防接種記録が記載された「子ども手帳」をお持ちの場合には、診断医に提示してください。

4. (接種前)診断医が説明する診察結果と異常反応についてよく聞いてください。

- ※ 韓国語が難しい場合は、あなたの母国語で記載された予防接種のご案内(VIS)をプリントアウトして欲しいと診断医に要請してください。その案内書の「予防接種後のご注意と異常反応」の項目をよくお読みください。

5. (接種の際)診断医にちゃんと診てもらえるように、子どもが小さい場合には保護者の方の太ももの上に座らせ、片腕で子どもの上体を抱えてください。

6. (接種の際)予防接種前・後の注意点をよく聞いて、接種を受けます。

7. (接種後)医師と相談して次回の接種日を決めます。

- * 予診票の作成の際「携帯電話番号の表示・SMS受信に同意」にチェックしてください。
- また、医者にご希望の言語を伝えると、次回からはご希望の言語で「次回の接種名と接種日」をSMSメッセージでお知らせします。
- ご希望の言語を選択すると、次回の接種スケジュールについて他の保護者と一緒に確認できるように、その保護者の携帯電話番号も追加登録できます。

8. (接種後)病院内で20～30分間待機し、異常反応があるかどうかを確認します。

9. (帰宅後)少なくとも3時間以上は注意深く症状を観察し、高熱があったり、普段とは違う身体症状があったら、すぐに医師に受診してください。

※ 予防接種に関する通訳が必要な場合には、タヌリコールセンター(☎1577-1366)にお電話ください。

予防接種 予診表

安全な予防接種のために、下記の内容をよくお読みの上、本人確認欄（法定代理人、保護者）にご記入ください。

名前		住民登録番号	-	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
実際の生年月日		外国人登録番号	-	(<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
電話番号	(自宅)	(携帯電話)		体重 kg

予防接種業務のための個人情報の処理などに対する同意事項	本人(法定代理, 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------	--

感染症の予防及び管理に関する法律第32条及び同法施行令第32条の3によって、住民登録番号など個人情報およびセンシティブ情報を収集しています。追加的に収集される項目は下記の通りです。

- 個人情報収集・利用目的: 必須予防接種の次の接種および完了有無、予防接種後、異常反応発生するかどうか関連メッセージ
- 個人情報収集・利用項目: 個人情報(敏感情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話)
- 個人情報保有及び利用期間: 5

予防接種をする前に被接種者の予防接種の内訳を予防接種統合管理システムに事前確認することに同意します。 * 予防接種の内訳の事前確認に同意しない場合、不要な追加接種または交差接種が発生することができます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

必須予防接種の次の接種および完了有無に関する情報を携帯電話メッセージで受信することに同意します。 * メッセージ受信に同意しない場合、同意しなかった項目に対する情報を受信することができません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

予防接種後、異常反応の発生如何と関連されたメッセージを携帯電話で受信することに同意します。 * メッセージ受信に同意しない場合、同意しなかった項目に対する情報を受信することができません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

接種対象者に対する確認事項	本人(法定代理, 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--

今日痛いところがありますか? 痛みの症状を書いてください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------------------	--

薬や食べ物(卵を含む)またはワクチン接種により、蕁麻疹、または発疹などのアレルギー症を起こしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

過去に予防接種後、異常反応が生じたことがありますか? ある場合は、予防接種名を書いてください。 (予防接種名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

先天性奇形、喘息や肺疾患、心臓疾患、腎臓疾患、肝疾患、糖尿および内分泌疾患、血液疾患で診察を受けたり、治療を受けたことがありますか。既往歴がある方は病名を記入してください。 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

けいれん、またはその他脳神経系疾患(ギランバレー症候群を含む)を経験したことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

癌、白血病あるいは免疫系疾患がありますか? 既往歴がある方は病名を記入してください。 (病名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

最近、3か月以内にステロイド剤、抗がん剤、放射線治療を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	--

最近、1か月以内に予防接種を行ったことがありますか? いば、予防接種名を書いてください。 (予防接種名:)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

女性) 現在妊娠中の方、または今後1ヶ月以内に妊娠する可能性はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------------------------------------	--

医師の診察結果と異常反応に対する説明を聞いて予防接種をします。	
本人(法定代理人、保護者) 名前:	(署名) 接種対象者との関係:
* 被接種者が出生申告以前の新生児の場合、法廷代理人の住民登録番号 ()	
	年 月 日

接種対象者に対する確認事項	確認 <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--

体温: °C	予防接種後、異常反応について説明した	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------	--------------------------

「異常反応を観察するために、接種後20~30分間は接種機関で待機する必要がある」を説明した。	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

問診結果:	
-------	--

以上の問診や診察の結果、予防接種が可能です。	医師の名前: (署名)
------------------------	-------------

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. 子どもの予防接種記録を確認してください。

■ 予防接種の記録を電算登録すると、何か利点はありますか?

1. 子どもの予防接種の記録を「予防接種ヘルパー」の公式サイト、又は携帯アプリにてすぐにご確認いただけます。

- 「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) に会員登録して子どもの情報を登録します。
 - 「予防接種ヘルパー」公式サイトにログイン→[予防接種の管理]→[子どもの予防接種管理]→[子ども 情報登録]
- 登録された子どもの接種記録は、次の方法で確認できます。
 - 「予防接種ヘルパー」公式サイト→[予防接種管理]→[子どもの予防接種管理]→[子どもの予防接種 履歴の照会]
 - 「予防接種ヘルパー」公式サイト携帯アプリ→[子どもの予防接種]→[子ども手帳]
 - * 携帯アプリは「予防接種ヘルパー」の公式サイトにて会員登録と子供情報登録が完了した後からご利用いただけます。

※ 予防接種記録が登録されていない場合は、接種機関に電算登録を要請してください。

※ 予防接種手帳は、保護者が子供の接種履歴を適切に管理するためのものであり、予防接種証明書を代わりにすることはできません。

2. 予防接種証明書はオンラインにて無料で発行(韓国語または英語)可能です。

- 「予防接種ヘルパー」公式サイトにログイン→[電子窓口サービス]→[予防接種証明書]

3. 子どもの予防接種日を忘れないように、次回の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。

- 診断医に連絡可能な親(保護者)の携帯電話番号を伝えると、必須予防接種について、次回の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。
- 外国語でのご案内を希望する場合には、ご希望の言語を診断医にお伝えください。韓国語と一緒に、ご希望の言語で案内メッセージを送いたします。また、次回の接種スケジュールについて他の保護者と一緒に確認できるように、その保護者の携帯電話番号も追加登録できます。

■ 外国で接種を受けた子どもの予防接種証明書があれば、帰国の際証明書を発行してください。

外国で長期滞在した後、帰国前に「予防接種証明書(英語)」または「接種機関の捺印や公式署名(Official Signature or Stamp)が施された書類」を発行した上、最寄りの保健所に電算登録を要請してください。

大韓民国は団体生活する子ども・学生の感染予防管理と健康保護のために、保育園や小学校・中学校に入学する時に予防接種証明書の提出を義務化し、予防接種の有無*を確認しています。

ただし、疾病管理本部に電算登録されている場合には、保育園や学校に予防接種証明書を提出しなくてもいいです。

* 根拠: 「感染症の予防及び管理に関する法律」第31条、「学校保健法」第10条、「乳幼児保育法」第31条の3

政府支援 予防接種事業

국가예방접종 지원사업

➤ 政府支援 子どもの予防接種事業

予防接種対象の感染症から国民を守るために、必須予防接種の予防接種費用を全額支援します。

- 支援対象：満12歳以下の子ども

※ 支援対象については最寄りの保健所、または指定医療機関にお問い合わせください。

- 支援するワクチン：17種

結核(BCG、皮内投与)、B型肝炎(HepB)、ジフテリア/破傷風/百日咳(DTaP)、破傷風/ジフテリア(Td)、破傷風/ジフテリア/百日咳(Tdap)、ポリオ(IPV)、ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ(DTaP-IPV)、ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ/ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症(DTaP-IPV/Hib)、ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症(Hib)、肺炎球菌(PCV)、はしか/おたふく風邪/風疹(MMR)、水痘(VAR)、日本脳炎不活化ワクチン(IJEV)、日本脳炎弱毒化生ワクチン(LJEV)、A型肝炎(HepA)、ヒトパピローマウイルス(HPV)、インフルエンザ(IIV)

※ A型肝炎、肺炎球菌など一部のワクチンの接種支援には年齢制限があります。

- 接種機関：最寄りの指定医療機関 または 保健所

※ 指定医療機関の確認：「予防接種ヘルパー」公式サイト(<https://nip.kdca.go.kr>)、または「予防接種ヘルパー」モバイルアプリ

➤ B型肝炎の周産期感染予防事業

B型肝炎陽性の母親から生まれる新生児のB型肝炎周産期感染予防のために、新生児への免疫グロブリン投与とB型肝炎の予防接種、抗原・抗体検査の実施にかかる費用を全額支援します。

- 支援対象

B型肝炎の表面抗原(HBsAg)、またはe抗原(HBeAg)陽性の母親から生まれた乳児のうち、妊娠中の母親が、産前検査結果用紙*の提出及び個人情報提供を認める旨に同意した者

* 妊娠中、または出産後、7日以内に実施した母親の表面抗原(HBsAg)陽性、またはe抗原(HBeAg)養成の結果

- 支援内容

免疫グロブリン1回(出生時)、基礎接種3回(0・1・6ヶ月)、基礎接種後、B型肝炎抗原・抗体検査の1回費用を全額支援

※ 1次抗原・抗体の検査結果により、再接種(最大3回)及び再検査(最大2回)の費用を追加支援

政府支援 予防接種事業

국가예방접종 지원사업

≫ 女性の健康、はじめの一步クリニック事業

身体的・精神的に大きな変化を迎える人生の転換期にある青少年期の女性を対象に、専門医相談や診察、ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症の予防接種サービスを一緒に提供、健康な女性として成長できるように支援しています

- 支援対象：満12歳の青少年期の女性

※ 支援対象の詳細は、最寄りの保健所または指定医療機関にお問い合わせ願います。

- 支援内容

ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症の予防接種、及び青少年期女性のための健康相談を提供、無償支援2回 (6ヶ月間隔)

- 支援するワクチン：ガーダシル (HPV4)、サーバリックス (HPV2)

≫ インフルエンザ予防接種の政府支援事業

インフルエンザ感染による合併症の発生率が高い高危険群である高齢者や妊婦、集団生活を送る小児・青少年のインフルエンザ感染を予防し、地域社会への拡散を防止するために、予防接種費用を全額支援します。

- 支援対象：子ども、65歳以上の高齢者、妊婦

※ 支援対象の詳細は、最寄りの保健所または指定医療機関にお問い合わせ願います。

- 支援内容：インフルエンザの予防接種 1回

※ 9歳未満の子どもでインフルエンザワクチンを初めて接種する場合は、最低4週間以上の間隔で2回接種

※ 無償予防接種の時期、予防接種の基準など詳細については、管轄保健所または指定医療機関にお問い合わせ願います。

小・中学校新入生の予防接種確認事業

초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

➤ 小・中学校新入生の予防接種確認事業

学校で集団生活を送る子ども等は、感染症の伝播等に脆弱であるため、小・中学校新入生を対象に集団免疫効果を高めるべく予防接種の有無*を確認し、非接種者の管理と接種を受けるように注意を促します。

*「感染症の予防及び管理に関する法律」第31条、「学校保健法」第10条

- 事業対象：小学校、中学校に入学するすべての子ども

- 確認事業対象の予防接種

- (小学校入学予定者) 満4〜6歳 予防接種4種

DTaP 第5次、IPV 第4次、MMR 第2次、日本脳炎(不活化ワクチン第4次、または弱毒化生ワクチン第2次)

- (中学校入学予定者) 満11〜12歳 予防接種3種

Tdap(またはTd) 第6次、日本脳炎(不活化ワクチン第5次、または弱毒化生ワクチン第2次)、HPV 第1次(女子学生が対象)

- 事業方法

教育部の小・中学校入学者情報と病气管理庁予防接種情報を連携、確認事業対象の予防接種有無を確認して、未接種者の接種を推奨

※ 予防接種の詳細は、WEBサイト「予防接種ヘルパー」とモバイルアプリで確認することができます。
なお、電算登録がお済みである場合は、学校に「予防接種証明書」は提出不要です。

※ 「予防接種禁忌者」は、診断(接種)を受けた医療機関に「予防接種を禁忌とした事由」の電算登録を要請してください。ただし、医療機関の電算登録が困難な場合に限り、「予防接種を禁忌とした事由」が記載された診断書を発行してもらい、入学後、学校に提出してください。

▶ 予防接種禁忌者

- ワクチンの成分に対して、または、以前、ワクチン接種後に重度のアレルギー反応(アナフィラキシー)が起こった場合
- 百日咳ワクチン投与から7日以内に、原因不明の脳症が発生した場合
- 免疫不全者、または免疫抑制剤服用者

※ 高熱、免疫グロブリン投与などの一時的な理由や卵アレルギー、アトピーなどは禁忌の事由に該当しません。



에빙접종전문위원회
予防接種専門委員会

어린이가 건강한 대한민국 (일본어) 健康な子どものための大韓民国

표준예방접종일정표(2022) 標準予防接種スケジュール表(2022)

대상감염병 対象の感染症	백신종류 및 방법 ワクチンの種類と方法	횟수 回數	출생~1개월 이내 生後~1ヶ月以内	1개월 1ヶ月	2개월 2ヶ月	4개월 4ヶ月	6개월 6ヶ月	12개월 12ヶ月	15개월 15ヶ月	18개월 18ヶ月	19~23개월 19-23ヶ月	24~35개월 24-35ヶ月	만 4세 満4歳	만 6세 満6歳	만 11세 満11歳	만 12세 満12歳
결핵 結核	BCG (피내용 皮肉)	1	BCG 1회 HepB 1차 1회													
B형간염 B型肝炎	HepB	3	HepB 1차 1회	HepB 2차 2회			HepB 3차 3회									
디프테리아 디프테리아	DTaP	5	DTaP 1차 1회	DTaP 2차 2회	DTaP 3차 3회	DTaP 4차 4회	DTaP 5차 5회									
파상풍 破傷風	Tdap/Td	1							DTaP 4차 4회							
폴리오 폴리오	IPV	4			IPV 1차 1회	IPV 2차 2회										
B형헤모필루스인플루엔자 B型肝炎ウイルスインフルエンザ	Hib	4		Hib 1차 1회	Hib 2차 2회	Hib 3차 3회	Hib 4차 4회									
폐렴구균 肺炎球菌	PCV	4	PCV 1차 1회	PCV 2차 2회	PCV 3차 3회	PCV 4차 4회										
홍역 麻疹(はしか) 유행성이하선염 流行性耳下腺炎 풍진 風疹	PPSV MMR	- 2						MMR 1차 1회						MMR 2차 2회		
수두 水痘	VAR	1						VAR 1회 1회								
A형간염 A型肝炎	HepA	2							HepA 1~2차 1~2회							
일본뇌염 日本脳炎	IJEV LJEV	5 2							IJEV 1~2차 1~2회 LJEV 1차 1회		IJEV 3차 3회 LJEV 2차 2회	IJEV 4차 4회 LJEV 3차 3회	IJEV 5차 5회			
사립유증바이러스 감염증 ヒトレトロウイルス感染症	HPV	2														HPV 1~2차 1~2회
인플루엔자 인플루エンザ	IIV	-														
기타 예방접종 その他接種	RV1 RV5	2 3			RV 1차 1회	RV 2차 2회	RV 3차 3회									

- 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)
政府 予防接種: 政府 (国) が推奨する必須予防接種。政府は「感染症の予防及び管理に関する法律」に基づいて予防接種の対象感染症と予防接種の実施基準及び方法を定め、これを元に財源を設けて支援している。
- 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종
その他 予防接種: 予防接種の対象感染症と指定感染症以外の感染症。民間医療機関で接種可能な有料の予防接種
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능
DTaP, IPV, Hib 백신은 予防接種スケジュールに応じてDTaP-IPVまたはDTaP-IPV/Hib의混合ワクチンで接種可能