

# 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 <input checked="" type="checkbox"/> Подтверждаю <input checked="" type="checkbox"/>
「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			

<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Цель сбора и использования персональных данных: Отправка сообщений, касающихся последующих прививок, завершения вакцинации, побочных реакций, возникших после вакцинации и т.д.</li> <li>▪ Собираемые и используемые персональные данные: Персональные данные (включая конфиденциальную информацию и идентификационный номер регистрации гражданина), номер телефона (домашний/мобильный телефон)</li> <li>▪ Срок хранения и использования личной информации: 5 лет</li> </ul>	
<p>1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 &lt;코로나19 예방접종관리시스템&gt;으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p> <p>1. Я согласен(-на) на проверку прививочного анамнеза перед вакцинацией COVID-19 через &lt;систему контроля вакцинации против COVID-19&gt;</p> <p>* При несогласии с предварительной проверкой прививочного анамнеза возможно введение ненужной дополнительной дозы или введение иного типа вакцины.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 (Да)</p> <p><input type="checkbox"/>아니오 (Нет)</p>
<p>2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>2. Я согласен(-на) получать сообщения на мобильный телефон с информацией о следующей прививке и завершении вакцинации против COVID-19.</p> <p>* В случае несогласия на получение сообщений, вы не будете получать информацию о пунктах, на которые вы не давали согласия.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 (Да)</p> <p><input type="checkbox"/>아니오 (Нет)</p>
<p>3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>3. Я согласен(-на) получать сообщения, связанные с проверкой возникновения побочных эффектов после вакцинации против COVID-19.</p> <p>*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>* В случае несогласия на получение сообщений, вы не будете получать информацию о пунктах, на которые вы не давали согласия.</p>	<p><input type="checkbox"/>예 (Да)</p> <p><input type="checkbox"/>아니오 (Нет)</p>
<p style="text-align: center;"><b>접종대상자에 대한 확인사항</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Контрольный перечень вопросов для вакцинируемых лиц</b></p>	<p>본인 (법정대리인, 보호자)</p> <p>Я (официальный представитель или опекун)</p> <p>확인 <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Подтверждаю <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>①(여성) 현재 임신 중 입니까?</p> <p>① (Для женщин) Беременны ли вы на данный момент?</p>	<p><input type="checkbox"/>예 (Да)</p> <p><input type="checkbox"/>아니오 (Нет)</p>

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 <b>⑥</b> Если «да», укажите дату вакцинации. (Дата вакцинации: __ (год) __ (месяц) ____ (день))	□예 (Да) □아니오 (Нет)
⑤-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (ана필락시스: 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 (ана필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아니면 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: <div style="float: right; margin-right: 50px;">년      월      일</div> <div style="clear: both;"></div> <div style="text-align: center;">__(год) __(месяц) ____ (день)</div>	

의사 예진 결과 (의사기록란)		확인
Закключение предварительного медицинского осмотра (Заполняется врачом)		Подтверждаю
체온: °C Температура: °C	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 Заклучени е предварите льного мед.осмотр а	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능 <input type="checkbox"/> Можно вакцинироваться	
	<input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유: ) <input type="checkbox"/> Вакцинацию следует отложить (Причина: )	
	<input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유: ) <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완 <input type="checkbox"/> Left shoulder <input type="checkbox"/> Right shoulder
접종자 성명: (서명)		
ФИО вакцинируемого лица: (Подпись)		