韓国語版

양식 2

[ ] 예방접종 예진표 (영유아/초등학생 용)

		진찰 전 체온		도
주소				
어린이 이름		M F	생년월일	년 월 일 나이 (년 개월)
보호자 이름				

질문 사항	답변		의사 기입란
오늘 받을 예방접종에 대한 설명서를 읽어보셨습니까(관할 행정기관에서 발송된 것)?	예	아니오	
자녀분의 발육상황에 대한 다음 질문에 답하십시오. 출생 시 체중 분만 시 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? ( ) g 출산 후 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? 신생아 건강 검진시 이상한 점이 발견되었습니까?	예 예 예	아니오 아니오 아니오	
현재 아픈 곳은 없습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오. ( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 가족 또는 친구 중 홍역, 풍진, 수두, 유행성이하선염을 앓은 사람이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
출생 후부터 지금까지 가족 등 주변에 결핵에 걸린 사람이 있었습니까?	예	아니오	
최근 한 달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예	아니오	
출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?	예	아니오	
과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까? ( )세 경	예	아니오	
앞의 질문에 "예"라고 답한 경우 그 당시 발열이 있었습니까?	예	아니오	
약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?	예	아니오	
가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?	예	아니오	
과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예	아니오	
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?	예	아니오	
지난 6 개월 동안 수혈 또는 감마글로불린 주사를 맞은 적이 있습니까?	예	아니오	
오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있으십니까?	예	아니오	
의사 기입란 이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다. 보호자에게 예방접종의 효과 및 부작용, 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명 날인			

의사의 진찰, 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하였으며 이를 토대로 오늘의 예방접종에 (동의 합니다. / 동의하지 않습니다)*. *원하는 항목에 동그라미로 표시하십시오.

이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 만들어 졌습니다. 이를 이해하고 이 예진표가 행정기관에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 서명:

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 [주의] 백신의 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	※접종 방법 mL	기관: 의사 이름: 접종 날짜: / / (d/m/y)

주) 감마글로불린은 A 형 간염 등의 감염증을 예방하고 심각한 전염병을 치료하기 위해 주사하기도 하는 혈액제재의 일종입니다. 최근 3 - 6 개월 이내에 이 제재를 투여 받은 사람은 홍역 등의 예방접종 효력이 떨어질 수 있습니다.

※ BCG 예방접종의 경우는 “BCG 용 관침을 사용하여 규정량을 경피접종” 등으로, 5 종 혼합 백신 또는 15 가 폐렴구균 단백접합백신 접종의 경우는 “피하 주사·근육 내 주사”를 구별하여 각각 기재하십시오.

韓国語版

양식 3

홍역 및 풍진 예방접종 예진표
(제 3 기 및 제 4 기 대상자: 보호자가 동반한 경우, 접종받는 자가 기혼인 경우)

		진찰 전 체온		도
주소				
접종 받는 사람 이름		M F	생년월일	년 월 일 나이 (년 개월)
보호자 이름※				

※피접종자가 만 16 세 이상이면 해당 항목은 기재하지 않으셔도 됩니다.

질문사항		답변			의사기입란
오늘 받을 예방접종에 대한 설명서를 읽어보셨습니까(관할 행정기관에서 발송된 것)?		예	아니오		
이번에 접종은 몇 차 접종입니까?		1 차	2 차	3 차	
(1 차 이상 접종완료자의 경우) 과거에 접종한 백신의 종류, 접종 날짜, 접종 당시의 나이를 기입해주십시오. (주 1) 백신의 종류는 **①서바릭스(2 가), ②가다실(4 가), ③ 실가드 9(9 가), ④기타** 중 하나에 동그라미 표시를 해주십시오. (주 2) **③실가드 9(9 가)**의 경우, 만 14 세 이전에 1 차 접종을 하고 5 개월 이상의 간격을 두고 2 차 접종을 하여, 총 2 회 접종하는 방법으로도 접종을 완료할 수 있습니다. (주 3) 보호자 또는 피접종자, 의사는 과거의 접종내역 확인을 위해 힘써주십시오. 기록이 남아 있지 않아서 알 수 없는 경우는 의사가 '불명'이라고 기재해주십시오.	1 차	년 월 일 살			
		① / ② / ③/ ④			
	2 차	년 월 일 살			
		① / ② / ③/ ④			
오늘 접종을 원하는 백신의 종류는 무엇입니까? (주) 백신의 종류는 **①서바릭스(2 가), ②가다실(4 가), ③ 실가드 9(9 가)** 중 하나에 동그라미 표시를 해주십시오.		① / ② / ③			
현재 아픈 곳은 없습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오. ( )		예	아니오		
최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명( )		예	아니오		
최근 한달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름( )		예	아니오		
출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명( )		예	아니오		
그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?		예	아니오		
과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까? ( )세 경		예	아니오		
앞의 질문에 "예"라고 답한 경우 그 당시 발열이 있었습니까?		예	아니오		
약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?		예	아니오		
가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?		예	아니오		
과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까?		예	아니오		
예방접종 이름( )					
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?		예	아니오		
현재 임신중 일 가능성이 있습니까(월경이 지연되는 등)? [주의] 임신 중인 분한테 접종하는것은 주의가 필요합니다.		예	아니오		
오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있으십니까?		예	아니오		
의사 기입란 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다. 피접종자(피접종자가 만 16 세 미만이면 보호자)에게 예방접종의 효과, 부작용 및 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명 날인					

의사의 진찰, 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하였으며 이를 토대로 오늘의 예방접종에 (동의합니다 / 동의하지 않습니다)*.
원하는 항목에 동그라미로 표시하십시오.
이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 만들어 졌습니다. 이를 이해하고 이 예진표가 행정기관에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 또는 피접종자의 서명:_____
(※피접종자가 만 16 세 미만이면 보호자의 자필서명)

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 [주의] 백신의 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	근육 내 주사 0.5mL	기관: 의사 이름: 접종 날짜: 년 월 일

韓国語版

양식 4

인유두종 바이러스 감염증 예방접종 예진표 (보호자가 동반하지 않은 경우)

인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 대한 설명

○보호자님께 : 이 문서를 반드시 읽고 숙지하십시오.

*** [예방접종의 대상이 되는 초등학교 6 학년 ~ 고등학교 1학년에 해당하는 나이의 자녀(만 16세 이상은 제외)를 두신 보호자님께]**

지금까지는 자녀분이 예방접종을 받을 때 반드시 보호자가 동반해야 했지만 13세 이상 (중학교 1학년 ~ 고등학교 1학년(만 16세 이상은 제외)) 에 해당하는 청소년의 인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 대해서는 보호자가 이 예진표의 기재사항을 잘 읽고 이해한 뒤 자녀분이 예방접종을 받기를 희망하는 경우, 이 예진표에 서명하시면 보호자 동반 없이도 예방접종을 받을 수 있게 되었습니다.

(예방접종 당일 자녀가 반드시 이 문서를 지참하도록 하십시오.)

예방접종에 관한 의문 사항이 있는 경우 담당 의사나 보건소, 관할 행정기관의 예방접종담당과에 문의하여 내용을 충분히 이해한 뒤에 접종여부를 결정한 후 이 예진표에 서명하십시오.

1 인유두종 바이러스 (HPV) 감염증의 증상

인유두종 바이러스는 피부나 점막에 감염 바이러스로서 100 개 이상의 종류로 분류되어 있습니다. 이들 중 주로 점막에 감염되는 유형은 성행위를 통해 발생하는 표피의 미세한 상처에서 생식기 점막에 침입하여 감염되는 바이러스이며, 해외에서는 성 활동을 하는 여성의 50 % 이상이 평생 한 번은 감염된다고 추정되고 있습니다.

점막에 감염되는 HPV 중 적어도 15 종류는 자궁 경부암에서 발견되어, "고위험형 HPV"라고 불리고 있습니다. 고위험형 HPV 중에서도 16 형, 18 형으로 불리는 2 종류는 특별히 빈도가 높아 해외의 자궁 경부암 발생의 약 70 %에 관여하는 것으로 추정되고 있습니다. 또한 자궁 경부암 이외에도 해외에서 적어도 90 %의 항문 암, 40 %의 질암, 외음부암, 음경암에 관여하는 것으로 추정되고 있습니다. 기타 위험이 높은 유형에 속하지 않은 종류인 것은 성기에 생기는 양성의 혹인 생식기 사마귀의 원인이 되는 것으로 알려져 있습니다.

2 예방접종의 효과 및 부작용

백신안에는 여러 종류의 인유두종 바이러스 (HPV) 의 바이러스 성분이 포함되어 예방 접종을 받은 어린이는 이것에 대한 면역을 획득 할 수 있습니다. 면역력을 가진 어린이는 HPV에 감염될 위험을 방지할 수 있습니다.

그러나 예방접종으로 인해 가벼운 부작용이 발생할 수 있으며 아주 드물기는 하지만 심각한 부작용이 생길 수도 있습니다. 예방접종 후 나타날 수 있는 반응은 다음과 같습니다.

인유두종 바이러스 백신에 의한 주요 부작용

주요 부작용은 발열이나 국소 반응 (동통, 발적, 종창)입니다. 또한 예방 접종 후 주사에 의한 통증과 심인성 반응 등에 의한 실신이 나타날 수 있습니다. 실신의 전도를 방지하기 위해 접종 후 30 분 정도는 체중을 의지할 수 있는 등받이가 있는 소파에 앉혀 놓고, 상태를 관찰하도록 하십시오.

드물게 보고되는 경우이긴 하지만 아나필락시스(두드러기, 호흡곤란, 쇼크 등), 길랑바레증후군, 혈소판 감소성 자반병(자반, 코피, 구강점막 출혈 등), 급성 산재성 뇌척수염 (ADEM) 등과 같은 심각한 부작용이 보고되기도 합니다.

※자세한 내용은 행정기관 홈페이지나 개별 송부된 안내책자 등을 확인해주십시오.

3 예방접종에 의한 건강피해 구제제도에 대하여

○정기 예방접종으로 인한 부작용 발생으로 의학적 치료가 필요하거나 생활에 지장이 생길 정도의 장애를 남기는 등의 건강피해가 발생한 경우 예방접종법에 따라 정부로부터 보상을 받을 수 있습니다.

○이러한 보상은 의료비, 의료 수당, 장애 어린이 양육연금, 장애 연금, 사망 일시금, 장례비로 구분되어 있으며 건강 손상의 심각도에 따라 법에 규정된 금액이 지급됩니다. 사망 일시금 및 장례비를 제외한 모든 보상은 치료가 완료되거나 장애가 치유될 때까지 지급됩니다.

○단 이러한 보상은 예방접종으로 인한 건강 손상에 대한 정부 심의 위원회의 심사 후 예방접종에 의한 것이라고 인정된 경우에만 받을 수 있습니다. 예방접종, 감염증 의료·법률 등 각 분야의 전문가로 구성된 이 위원회에서는 이러한 건강 손상이 예방접종에 의한 것인지, 다른 요인(예방접종 전/후에 우연히 발생한 다른 감염증 또는 다른 원인)에 의한 것인지의 인과관계를 논의합니다.

* 보상금 급부를 위한 신청서를 제출해야 하는 경우 예방접종 전 진찰한 의사, 보건소, 관할 행정기관의 예방접종 담당과에 상담하시기 바랍니다.

韓国語版

4. 예방접종 시 주의 사항

예방접종은 자녀의 건강 상태가 양호할 때만 실시해야 합니다. 자녀의 건강 상태가 좋지 않은 경우에는 의사의 진찰을 받아 예방접종을 받아도 될지 여부를 결정하십시오.

자녀의 건강 상태가 다음과 같은 경우 예방접종을 받을 수 없습니다.

1) 분명한 발열 증상(37.5℃ 이상)
2) 심각한 급성 질환에 걸린 게 분명한 경우
3) 접종받을 백신 성분에 대해 과민 반응을 일으킨 내력이 있는 경우
4) 기타 의사가 부적절한 상태라고 판단한 경우

또한 현재 임신 중의 접종은 주의가 필요하신 분이기 때문에 담당 의사와 잘 상담해주세요.

○보호자분께: 다음 사항을 반드시 읽고 숙지하십시오.

상기 내용을 주의해서 읽고 이해한 후 자녀의 예방접종 여부를 결정하시기 바랍니다. 예방접종을 받기로 결정한 경우 보호자 란에 서명을 해 주십시오. **(만 16 세 미만인 자는 서명 없이는 예방접종을 받을 수 없습니다.)**

예방접종을 희망하지 않은 경우에는 서명을 할 필요가 없습니다.

본인은 인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 관한 설명서를 읽었으며 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용의 발생 가능성, 예방접종 구제제도 등에 대해 이해했음을 확인합니다. 이러한 모든 요소를 고려하여 자녀의 예방접종에 동의하는 바입니다.

본인은 보호자의 예방접종에 대한 이해를 돕기 위한 목적으로 이 설명서가 작성되었음을 이해하였으며 행정기관에 이 양식을 제출하는 데 동의합니다.

보호자 서명: _____

주 소: _____

비상 연락처: _____

※ 본 양식은 인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 보호자가 동반하지 않는 경우 필요한 것입니다. 만 16 세 미만인 자녀가 보호자 동반 없이 예방접종을 받으러 올 때는 반드시 이 예진표를 지참하도록 하십시오.

만 16세 미만인 자는 예진표에 보호자의 서명이 없으면 예방접종을 받을 수 없습니다.

韓国語版

예진란

		진찰 전 체온			도
주소					
접종받는 사람 이름		M F	생년월일	년 월 일 나이 (년 개월)	

질문사항		답변		의사 기입란
오늘 받을 예방접종에 대해 관할 행정기관에서 배부한 설명서를 읽어 보셨습니까?		예	아니오	
이번 접종이 몇 차 접종입니까?		1 차	2 차 / 3 차	
(1 차 이상 접종완료자의 경우) 과거에 접종한 백신의 종류, 접종 날짜, 접종 당시의 나이를 기입해주십시오. (주 1) 백신의 종류는 **①서바릭스(2 가), ②가다실(4 가), ③ 실가드 9(9 가), ④기타** 중 하나에 동그라미 표시를 해주십시오. (주 2) **③실가드 9(9 가)**의 경우, 만 14 세 이전에 1 차 접종을 하고 5 개월 이상의 간격을 두고 2 차 접종을 하여, 총 2 회 접종하는 방법으로도 접종을 완료할 수 있습니다. (주 3) 보호자 또는 피접종자, 의사는 과거의 접종내역 확인을 위해 힘써주십시오. 기록이 남아 있지 않아서 알 수 없는 경우는 의사가 '불명' 이라고 기재해주십시오.	1 차	년 월 일 살 ① / ② / ③/ ④		
	2 차	년 월 일 살 ① / ② / ③/ ④		
오늘 접종을 원하는 백신의 종류는 무엇입니까? (주) 백신의 종류는 **①서바릭스(2 가), ②가다실(4 가), ③ 실가드 9(9 가)** 중 하나에 동그라미 표시를 해주십시오.				
현재 아픈 곳은 없습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오. ( )		예	아니오	
최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명( )		예	아니오	
최근 한 달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름( )		예	아니오	
출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명( )		예	아니오	
그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?		예	아니오	
과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까? ( )세경		예	아니오	
앞의 질문에 "예"라고 답한 경우, 그 당시 발열이 있었습니까?		예	아니오	
약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?		예	아니오	
가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?		예	아니오	
과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종 이름( )		예	아니오	
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?		예	아니오	
현재 임신중 일 가능성이 있습니까(월경이 지연되는 등)? [주의] 임신 중인 분한테 접종하는것은 주의가 필요합니다.		예	아니오	
자녀분의 병력과 건강 상황, 접종 당일의 건강 상태를 고려하여 오늘의 예방접종에 동의하십니까? (동의합니다. 동의하지 않습니다)*. *원하는 항목에 동그라미로 표시하십시오. 이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 만들어 졌습니다. 이를 이해하고 이 예진표가 행정기관에 제출되는 것에 동의합니다. 보호자 자필서명:				

의사 기입란
이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다)라고 판단하였습니다.
예방접종의 효과 및 부작용, 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다.

의사의 서명 또는 기명 날인

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 주의: 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	근육 내 주사 0.5mL	기관: 의사 이름: 접종 날짜: 년 월 일

韓国語版

양식 제 8

B 형 간염 예방접종 예진표

	진찰 전 체온	도

주소				
어린이 이름		M	생년월일	년 월 일
보호자 이름		F		나이 (년 개월)

질문 사항	답변		의사 기입란
오늘 받을 예방접종에 대한 설명서를 읽어보셨습니까(관할 행정기관에서 발송된 것)?	예	아니오	
자녀분의 발육상황에 대한 다음 질문에 답하십시오. 출생 시 체중 분만 시 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? ( ) g 출산 후 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? 신생아 건강 검진시 이상한 점이 발견되었습니까?	 예 예 예	 아니오 아니오 아니오	
현재 아픈 곳이 있습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오. ( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 가족 또는 친구 중 홍역, 풍진, 수두, 유행성이하선염을 앓은 사람이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예	아니오	
출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?	예	아니오	
과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까? ( )세 경	예	아니오	
앞의 질문에 "예"라고 답한 경우 그 당시 발열이 있었습니까?	예	아니오	
약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?	예	아니오	
가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?	예	아니오	
과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예	아니오	
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?	예	아니오	
지난 6 개월 동안 수혈 또는 감마글로불린 주사를 맞은 적이 있습니까?	예	아니오	
모자 감염 예방으로 출생 후에 B 형 간염 백신 접종을 받은 적이 있습니까?	예	아니오	
오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있으십니까?	예	아니오	
의사 기입란 이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다. 보호자에게 예방접종의 효과 및 부작용, 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명 날인			

의사의 진찰, 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하였으며 이를 토대로 오늘의 예방접종에 (동의합니다. / 동의하지 않습니다)*. *원하는 항목에 동그라미로 표시하십시오.
이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 만들어졌습니다. 이를 이해하고 이 예진표가 행정기관에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 서명:

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 [주의] 백신의 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	* (피하 주사) mL	기관: 의사 이름: 접종 날짜: / / (d/m/y)

韓国語版

양식 제10

로타바이러스 감염증 예방접종 예진표

*보호자는 굵은 선 안을 기재해 주시기 바랍니다.

주 소	(우)	**접종연월일**	년 월 일
		진찰 전 체온	도 부
		전화번호	( ) −
피접종자 이름	(이름 후리가나) **남 · 여**	**생년월일**	년 월 일
보호자 이름			(생후 주 일 후) [생후 ○주 ○일 후]란 출생일 다음 날을 1 일로 산출한 날을 나타냅니다.

1차 접종인 경우, 오늘이 생후 14주 6일 후가 지나지 않은 것을 확인하셨습니까?	의료기관 기재란 (☑표시)

확인 사항	확인			의사 기재란
이번 접종은 몇 회차 접종입니까?	1 차	2 차	3 차	
지금까지의 접종연월일을 적어주십시오. (이번 접종이 2 차 이후인 경우에만) *전회 로타바이러스 백신 접종으로부터 27 일 이상 간격을 둔 것을 확인	1 차	년 월 일		
	2 차	년 월 일		
예방접종에 관해서 시정촌에서 배부하고 있는 설명서를 읽으셨습니까?	예	아니요		
예방접종의 효과와 부작용 등을 이해하셨습니까?	예	아니요		
장중첩증에 관한 설명을 듣고 이해하셨습니까?	예	아니요		
자녀분의 발육 상황에 관하여 질문하겠습니다. 출생 시 체중	g			
분만 시 특이사항이 있었습니까?	있었다	없었다		
출생 후 특이사항이 있었습니까?	있었다	없었다		
신생아 검강검진에서 특이사항이 있었습니까?	있다	없다		
현재 아픈 곳이 있습니까? 구체적인 증상을 적어주십시오. ( )	예	아니요		
최근 1 개월 이내에 병에 걸린 적이 있습니까? 병명( )	예	아니요		
1 개월 이내에 가족이나 친구가 홍역, 풍진, 수두, 볼거리 등의 병에 걸린 사람이 있었습니까? 병명( )	예	아니요		
1 개월 이내에 예방접종을 받았습니까? 예방접종의 종류( ) 접종일( )	예	아니요		
지금까지 장중첩증에 걸린 적이 있습니까? 또는, 치료가 끝나지 않은 선천성 소화관 장애가 있습니까? *이 경우 로타바이러스 백신 접종을 받을 수 없습니다.	예	아니요		
지금까지 면역부전이라 진단받은 일이 있습니까? 또는, 폐렴이나 중이염 등의 감염증, 설사를 반복하거나, 체중 증가가 더디거나 한 적이 있습니까? *로타바이러스 백신 접종을 받지 못할 수 있습니다	예	아니요		
그 밖에 지금까지 선천성 이상, 위장장애, 심장질환, 신장질환, 간장질환, 혈액질환, 뇌신경 질환, 기타 질환으로 의사의 진찰을 받고 있습니까? 병명( )	예	아니요		
상기 질환을 진찰하는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?	예	아니요		
경풍(경련)을 일으킨 적이 있습니까? (개월 경)	예	아니요		
그때, 열이 났습니까?	예	아니요		
약이나 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기가 나거나 아픈 적이 있습니까? 약 · 식품명( )	예	아니요		
지금까지 예방접종을 받고 이상 증상이 나타난 적이 있습니까? 예방접종의 종류( )	예	아니요		
어머니가 임신 중에 면역을 억제하는 약을 투약받은 적이 있습니까? 약제명( )	예	아니요		
가족이나 친지 중 선천성 면역부전이라 진단받은 사람이 있습니까?	예	아니요		
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 이상 증상이 나타난 사람이 있습니까?	예	아니요		
지금까지 수혈 혹은 감마 글로불린 주사를 맞은 적이 있습니까?	예	아니요		
오늘 실시하는 예방접종에 대한 질문이 있습니까?	예	아니요		

의사 기재란

이상 문진 및 진찰 결과, 오늘 예방접종을 **(실시할 수 있다 / 보류하는 편이 좋다)**고 판단합니다.

보호자에게 예방접종의 효과, 부작용(특히 장중첩증) 및 예방접종 건강피해구제제도 등에 대해서 설명했습니다.

의사 서명 또는 기명날인

보호자 기재란

의사의 진찰 및 설명을 듣고, 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용(특히 장중첩증)의 가능성, 예방접종 건강피해구제제도 등에 대해서 이해했으며,

접종을 받는 것에 **(동의합니다 / 동의하지 않습니다.)** *괄호 안의 원하는 항목에 ○로 표시하십시오.

이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 이 취지를 이해했으며, 이 예진표가 시정촌에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 자필 서명

사용 백신명	접종량		접종 장소 · 의사명 · 접종연월일
백신명	**경구 접종**		접종 장소
Lot No.	로타텍®	로타릭스®	의사명
(주) 유효기간 경과 여부를 반드시 확인	2mL	1.5mL	접종연월일 년 월 일