## 예방접종 예진표

안전한 예방접종을 위하여 이래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

설계 생년월일	성 명		주민등록번호			(□남 □여)		
예방점종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항  *전원범의 예방 및 관리에 관한 법을 제32조 및 동점 시행성 제3조조의에 따라 주민등록반호 등 개인정보 및 민감정보보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 어제와 같습니다.  ■ 개인정보 수집·이용 목착: 필수예방점증의 다음검증 및 완료 여부, 예방점증 후 이상반응 발생 여부관련 문자  ■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록반호 포함), 전화번호(집/휴대전화)  ■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년  에반접증을 하기 전에 피전증자의 예방전증 내역을 예방접증통한관리시스템으로 사전 확인하는 것이 동의합니다.  * 예방점을 제약의 시전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가검증 또는 교차점증이 발생할 수 있습니다.  예방점을 자신하다.  필수예방점을 다음검증 및 원료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  《항법을 후 이상반당 말생 여부와 관련된 문자들 휴대전화로 수신하는 것에 등의합니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  《항법을 후 이상반당 말생 여부와 관련된 문자들 휴대전화로 수신하는 것에 등의합니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  《한법을 후 이상반당 말생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하실 수 없습니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 있습니다.  * 인하나를 시물(계간 포함) 혹은 백신점증으로 두드러기 또는 발전 증의 알레르기 중상을 보인 적이 있습니까? 있다면 예방점증명을 적어주십시오. (예방점증 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방점증명을 적어주십시오. (예방점을 환기이 있어나 병명을 적어주십시오. (예방점을 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방점을 목어주십시오. (예방점을 함된 이내에 스테로이도제, 항문제, 방사신 치료를 받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역글로보원을 투이받은 점이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역 글로보원을 무이받은 점이 있습니까?  최근 1년 동안 수절을 받았거나 연역 글로보원을 두 예방점증명을 하겠습니다.  보인(범정대리인, 보호자) 성명:  * 괴접종자가 출생신고 이전의 신성이인 경우 법정대리인의 주민등록번호( - 발 일 일 보안 보안 생각하였음 명을 위해 접종 후 20~20분간 접종기관에 머물리야 함을 설명하였음  의원 조후 이상반응에 대해 설명하였음  의원 조후 인상하였음  의원 조후 인상반응에 대해 설명하였음  의원 조후 인상반응에 대해 설명하였음  의원 조후 인상하였음  의원 조후 인상반응에 대해 설명하였음  의원 조후 보안 보안 보안 등 기반 설명하였음  의원 조후 인상반응에 대해 설명을 명하였음  의원 조후 인상반응에 대해 설명하였	실제 생년월일		외국인 등록번호		_	(□남 □여)		
지역임상의 해방 및 관리에 관한 법통 제32조 및 동법 시행정 제32조33에 따라 주민동확보호 통 개인정보 및 민감정보토 주집하고 있습니다. 추가적으로 수업되는 항목은 어려와 같습니다. ■ 개인정보 수집·이용 항목: 게인정보(민감정보 , 주민동확반호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보 , 주민동확반호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 에방접증을 하기 전에 피접증자의 예방집증 내역을 예방집중등관관리시스템으로 사전 확인하는 수 있습니다. ■ 여방접증 내역의 사전확인에 통의하지 않는 경우, 불필모한 추가접종 또는 교차점종이 발생할 수 있습니다. ■ 연방접종 내역의 사전확인에 통의하지 않는 경우, 통의하지 않는 항목에 대한 정보를 추신하실 수 없습니다. ● 양감접종 다양점후 및 이용기간: 5년 에방접종 후 이성반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 주신하는 것에 동의합니다. ■ 문자 수년에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 추신하실 수 없습니다. 이방접종 후 이성반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 추신하는 것에 동의합니다. ■ 문자 수년에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 추신하실 수 없습니다. 이방접종 후 이성반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 추신하는 것에 동의합니다. ■ 문자 수년에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. 이방접종 후 이성반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 추신하는 것에 동의합니다. ■ 문자 수선에 통의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 추신하실 수 없습니다. 이었습니까? 이를 증상을 적어주실시로 등이 있습니까? 있는 경우 등이하게 있는 항목에 대한 정보를 취실하고 수 없습니다.  오는 아픈 곳이 있습니까? 이른 증상을 적어주실시로 등이 있습니까? (	전화번호	호 (집) (휴대전화) 체			체 중	kg		
되었습도 수집작이용 목작: 필수에방집중의 다음접중 및 완료 여부, 예방집중 후 이상반용 발생 여부관년 문자 ■ 개인정보 수집·이용 착목: 관수예방집중의 다음접중 및 완료 여부, 예방집중 후 이상반요 발생 여부관년 문자 ■ 개인정보 수집·이용 착목: 개인정보(민감정보, 주민등복반호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 예방집중을 하기 전에 피접증지의 예방집중 내역을 예방집중통합관리시스템으로 사진 확인하는 것이 동의합니다. ** 예방집중 내역의 사진확인에 동의하지 않는 경우, 불의보관한 추기접종 또는 교차집중이 발생할 수 있습니다.  될수예방집중의 다음집중 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 당의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. ** 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 당의하지 않는 항목에 대한 정보를 무신하실 수 없습니다. ** 문반업성업 기계 방점증명을 적어주십시오. (예방점중명: )  선천성 기계, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간급환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 입을 에 나나오 입점을 받거나 지료 받은 일이 있습니까? 있다면 병광을 여어주십시오. ((영남점중명: )  경건을 환적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(결광 바로) 종구로 포함)이 있습니까?  라고 기계일 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? 라고 기계일 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? 라고 기계일 이내에 예방접증을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접증명을 적어 주십시오. (여성) 현재 양신 중이거나 또는 다음 한 당 동안 인신한 가능성이 있습니까? 라고 기계일 이내에 예방접증을 한 일이 있습니까? 무리 기계일 이내에 예방접증을 한 일이 있습니까? 무리 기계일 이내에 예방접증을 한 일이 있습니까? 라고 기계일 이내에 예방접증을 한 일이 있습니까? 라고 기계일 이내에 예방접증 한 일이 있습니까? 라고 기계일 이내에 이반접증 한 일이 있습니까? 라고 기계 이내에 예방점증 한 일이 있습니까? 라고 기계 이내에 예방점증 한 일이 있습니까? 라고 기계 이내에 해보집을 한 일이 있습니까? 라고 기계 이내에 해보집을 하게 하는 보다 한 경우 이상반응에 함께 살면하였음 : 라고 기계 이내에 해보집을 되었습니다. 무리 기계 등 기계 등 기관에 보기 등 보다	1000 010 100 110 110 110							
■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 에번접증을 하기 전에 피접증자의 예방접증 내역을 예방접증통합관리시스템으로 사진 확인하는 것에 동의합니다. * 예방점증보이다.  필수예방점증로에 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 추신하실 수 없습니다.  메업접종 후 이상반을 달병 여부와 관련될 문자를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 통의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 추신하실 수 없습니다.  메일접종 후 이상반을 달병 여부와 관련될 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  명임점종 후 이상반을 함병 여부와 관련될 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  명임점종 후 이상반응이 생리 일이 있습니까? 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적 이 이나오 약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러가 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적 이 이나오 이 있습니까? 기가에 예방점종 후 이상반등이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방점종명을 적어주십시오. (예방점종명: 전청 기회, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (예방점종명: 전경환 환적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길행관 라리 중후로 포함)이 있습니까?  임권을 환적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길행관 라리 중후로 포함)이 있습니까? 의근 경건을 환적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길행관 라리 중후로 포함)이 있습니까? 의근 경건을 환적이 있거나 기타 뇌건경계 질환(길행관 라리 중후로 포함)이 있습니까? 의는 병명 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 받어가 심지오. (병명 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 예방점종명을 적어 주십시오. (예방점종명 보안거나 면역글로불권을 투어받은 적이 있습니까? 의근 기개월 이내에 설태로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? 의근 기계월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방점종명을 적어 주십시오. (예방점종명 : ) 여 이나오 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방점종명을 적어 주십시오. (예방점종명 : ) 이 이나오 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방점종명을 적어 주십시오. (예방점종명을 되어 있습니까? 및 다른 예방점종명을 적어 주십시오. (예방점종명을 이 상신중이거나 또는 다음 한 달 동안 신원을 가능성이 있습니까? 의 이 이나오 의사의 전환교과와 이산반응에 대한 설명을 듣고 예방점종명을 하겠습니다. 문인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대용 자신의 관계 보기 등성이 있습니까? 의 이 이나오 함께 안신 중이라는 다음 한 달 당한 시원 및 건축자가 출생시고 이산반응에 대한 설명을 문고 예방점종명을 하겠습니다. 문인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대용 기관 이상반응에 대한 설명을 있었습니다. 의 기관 기관 인당하였음 : (의 열광점종 후 이상반응에 대한 설명하였음 : (의 열광점종 후 인상반응에 대해 설명하였음 : (의 열광점종 후 인상반응에 대해 설명하였음 : (의 열광점종 후 인상반응에 대해 설명하였음 : (의 양점종 후 인상반응에 대해 설명하였음 :								
*** 기 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
상에 동의합니다. * 에방집중 내역의 사진확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추기접중 또는 교차집중이 발생할 수 있습니다. 필수예방집중의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 권자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 권자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 권자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 권자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  * 권기 성공에 보고 화가 화인 생기 및 이 나라 함께 보고 화가 함인 생기 및 이 나라 함께 보고 화가 함인 생기 및 이 나라 함께 보고 화가 함인 생기 및 이 나라 등의 상대나까? 아픈 중심을 적어주십시오. (이 있습니까? 과거에 예방집중 후 이상반응에 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방집중명을 적어주십시오. (예방집중 후 이상반응에 있습니까? 있다면 예방집중의을 적어주십시오. (병명 : ) 의 이나오 보다를 받은 적이 있습니까?  최근 3개월 이내에 스테로이트제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? 의시의 진황결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방집중의을 적어 주십시오. (예방집중명 : ) 의 이나오 의시의 진황결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방집중을 하겠습니다.  보인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자의 관계 : **********************************								
# 예방점종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가점종 또는 교차점종이 발생할수 있습니다.  # 권수에방점종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 유내전화로 구신하는 것에 동의합니다.  # 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. 에방점종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 유대전화로 수신하는 것에 동의합니다.  # 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. 에발점종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 유대전화로 수신하는 것에 동의합니다.  # 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.								
공수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.  * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 황곡에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 유대전화로 수신하실 수 없습니다. 예방접종 후 이상반경 발생 여부와 관련된 문자를 유대전화로 수신하실 수 없습니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 황목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  집 종대 상자에 대한 확인사항  집 종대 상자에 대한 확인사항  오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십사고. () 의 이나오  악이나 음식물/계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까? 과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명: ) 의 이나오  선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (() 영점을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭→비 증후군 포함)이 있습니까? 의 이 이나오  암, 백혈병 혹은 면역게 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. () 병명 : ) 의 이나오  최근 3개월 이내에 스태로이드제, 항암체, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? 의 이 이나오 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예병접종명: ) 의 이나오  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예병접종명: ) 의 이나오  환근 1개월 이내에 의방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예병접종명: ) 의 이나오  보인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : ** 고객증자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록반호( 그 일 일 일 보인(법정대리인, 보호자) 성명 : ** 고객증자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록반호( 그 일 일 일 보인(당상)은 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 : □ 이상반응에 대해 설명하였음 : '이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 : □ □ 이상반응 □ □ 이상반응에 대해 설명하였음 : □ 이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 : □ □ 이상반응 □ □ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할					예 🗌 아니오		
# 반자 주신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정모를 주신하는 것에 동의하다. 예방접종 후 이상반을 발생 여부와 과런된 문자를 유대전화로 수신하는 것에 동의하다.								
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않는 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  집중 대상자에 대한 확인사항  무는 이픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. 이 있습니까?  라이너 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?  라이네 예방접종명:  선천성 기형, 천식 및 폐실환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 대분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (예방접종명:  경면을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭크) 라리 종후군 포함)이 있습니까?  라면을 한적이 있거나 기타 되신경계 질환(길랭크) 라리 종후군 포함)이 있습니까?  함면을 한적이 있거나 기타 되신경계 질환(길랭크) 라리 종후군 포함)이 있습니까?  라면을 한적이 있거나 기타 되신경계 질환(길랭크) 라리 종후군 포함)이 있습니까?  라는 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투어받은 적이 있습니까?  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 뱅명을 적어주십시오. (예방접종명: )  하나오  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 배명증을 적어 주십시오. (예방접종명: )  대형 급이나요  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명: )  대형 급이나요  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까?  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명: )  대형 급이나요  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까?  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까?  최근 1개월 이내에 의방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명: )  대형 급이나요  화면 급이나요  하나요  화면 급환(상자와의 관계: * 피접총자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정다리인의 주민등록번호( - 명원 열환(상자와의 관계: * 피접총자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정다리인의 주민등록번호( - 명월 일  화면 되어 집중 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음  □ 이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음  □ 이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음						예 니 아니오		
대한 경우 내 장사에 내한 확인 사항  오늘 이픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.						예 🗆 아니오		
역이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까? 과거에 예방접종명: 선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 반거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (예방접종명: 학계 교환 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (기 교환 일이 있습니까? 기타 되신경계 질환(길램 바리 호후 교환)이 있습니까? 기 교환 기 교	접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항							
이 있습니까?  과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명:  신천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (( )  경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭→바레 증후군 포함)이 있습니까?  압, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ((병명: )  최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?  최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?  최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명:  (여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?  의시의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.  본인(법정대리인, 보호자) 성명: * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( - 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의 의	오늘 아픈 곳이 (	있습니까? 아픈 증상을 적어주십시	오.			예 🗆 아니오		
(예방접종명: )						예 🗆 아니오		
전찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ( ) 의 □ 아니오 의견을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까? □ 예 □ 아니오 암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 : ) □ 예 □ 아니오 최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? □ 예 □ 아니오 최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까? □ 예 □ 아니오 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? □ 예 □ 아니오 예방접종명 : □ 예 □ 아니오 이성점증명 : □ 예 □ 아니오 이성점증명 : □ 예 □ 아니오 의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.  본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : * * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( - 일월 일 일 ) 의사임 : □ 예 집						예 🗆 아니오		
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 : )						예 🗆 아니오		
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 : )								
(범명 :	· · · · · · · · · · · · · · · · · ·					예 🗆 아니오		
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?						예 🗆 아니오		
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명: )	최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?					예 🗆 아니오		
(예방접종명 : )	최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?					예 🗆 아니오		
의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.  본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( - ) 년 월 일  **전 의사 예진 결과 (의사기록란)  채온 : ℃ 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 □  '이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 □						예 🗆 아니오		
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 :  * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( - ) 년 월 일								
* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정내리인의 주민등록번호( - 일 일 의 보이 보이 보이 된 일 의 보이 보이 되었다. '이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 □	의사의 신잘결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방섭송을 하겠습니다.   							
년 월 일								
의사 예진 결과 (의사기록란)         확인 ☑           체온 :         ℃         예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음         □           '이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음         □	* 피접종자가 결							
체온 : °C 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음 □ '이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 □								
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음	테오·			•	d=10d 0			
		_				_		
1. 元色合料 .	- 이상만등 관실 - 문진결과 :	별글 기에 입중 Ť ZU~3U군간 입·	하기선에 비뚤다야	함 글 결정야였는	ī			

이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 :

(서명)