독감 예방접종 예진표

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

성남시민 무료독감접종 신청 여부	※대상자: 주민등록등본상 성남시민	(□예 □아니오)	(서명)

성 명		주민등록번호 (*외국인등록번호)		(□남 □여)	
연 락 처		실제 생년월일 (*외국인만 해당)			
주 소				체 중	kg

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 ('감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제32조 및 동법 시행령 제32조의 3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집)	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.	□예 □아니오
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.	□예 □아니오
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다.	□예 □아니오
접종대상자에 대한 확인사항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ( )	□예 □아니오
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?	□예 □아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명:)	□예 □아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ( )	□예 □아니오
경련을 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? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :)	□예 □아니오
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	□예 □아니오

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 :

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		□
문진결과 :		
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서명)		