

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

Laporan Vaksinasi COVID-19

§ 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함

§ Saya telah menerima informasi dengan baik mengenai vaksinasi COVID-19 dan reaksi abnormal yang mungkin timbul, dan saya setuju untuk menjalani vaksinasi berdasarkan hasil pemeriksaan medis saya. ☐ Saya setuju. ☐ Saya tidak setuju.

§ 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

§ Jika Anda setuju untuk menjalani vaksinasi COVID-19, silakan baca pertanyaan-pertanyaan berikut ini untuk memastikan proses vaksinasi yang aman, dan isilah formulir di bawah ini oleh Anda sendiri (atau minta bantuan wali/perwakilan hukum Anda).

성명 Nama		주민등록번호 (외국인등록번호) Nomor Pendaftaran Penduduk (Nomor Pendaftaran Orang Asing)	- - (□남 □여) (□L □P)
전화번호 Kontak	(집) (휴대전화) (Rumah) (Seluler)		
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 Persetujuan Penggunaan Informasi Pribadi untuk Keperluan Vaksinasi			본인 (법정대리인, 보호자) 확인 ☒ Konfirmasi (oleh diri sendiri/perwakilan hukum/wali) ☒
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 33 조의 4 및 동법 시행령 제 32 조의 3 에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다. Informasi pribadi dan sensitif dikumpulkan sesuai dengan Pasal 33.4 dalam Undang-Undang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular dan Pasal 32.3 dalam Surat Keputusan Penegakan Undang-Undang Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Menular. Hal-hal tambahan yang dikumpulkan adalah sebagai berikut: • 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등 • Tujuan: Untuk menyampaikan informasi kepada pasien terkait dengan injeksi kedua, status penyelesaian, reaksi abnormal, vaksinasi, dll. • 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화) • Hal-hal yang Dikumpulkan dan Digunakan: Informasi pribadi (informasi sensitif, termasuk Nomor Pendaftaran Penduduk), informasi kontak (rumah/telepon seluler) • 개인정보 보유 및 이용기간: 5 년 • Masa Penyimpanan: 5 tahun			

1. 코로나 19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나 19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. Saya setuju untuk menjalani pemeriksaan pendahuluan untuk mengonfirmasi catatan vaksinasi COVID-19 dari “Sistem Manajemen Vaksinasi COVID-19” sebelum prosedurnya. *예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. *Jika Anda tidak menyetujui konfirmasi pendahuluan atas catatan vaksinasi, mungkin akan menyebabkan injeksi ganda atau tambahan yang tidak perlu.	☐예 ☐아니오 ☐ Ya ☐ Tidak
2. 코로나 19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다. 2. Saya setuju untuk menerima pemberitahuan mengenai informasi terkait vaksinasi COVID-19, termasuk injeksi kedua dan status penyelesaian, melalui pesan teks. *문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. *Jika Anda tidak setuju untuk menerima pemberitahuan, Anda tidak akan menerima informasi tentang hal-hal yang tidak Anda berikan izin untuk itu.	☐예 ☐아니오 ☐ Ya ☐ Tidak
3.코로나 19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다. 3. Saya setuju untuk menerima pemberitahuan mengenai reaksi abnormal yang disebabkan oleh vaksinasi COVID-19 melalui pesan teks. *문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. *Jika Anda tidak setuju untuk menerima pemberitahuan, Anda tidak akan menerima informasi tentang hal-hal yang tidak Anda berikan izin untuk itu.	☐예 ☐아니오 ☐ Ya ☐ Tidak
접종대상자에 대한 확인사항 Hal-Hal untuk Dikonfirmasi Pasien	본인 (법정대리인, 보호자) 확인☒ Konfirmasi (oleh diri sendiri/perwakilan hukum/wali)☒
①(여성) 현재 임신 중 입니까? (Untuk perempuan) Apakah saat ini Anda sedang hamil?	☐예 ☐아니오 ☐ Ya ☐ Tidak
②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. () Apakah Anda merasa tidak enak badan hari ini? Jika demikian, silakan sampaikan gejala-gejala yang Anda alami. ()	☐예 ☐아니오 ☐ Ya ☐ Tidak
③코로나 19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일) Pernahkah Anda menjalani pemeriksaan COVID-19? Jika demikian, silakan tuliskan tanggal saat Anda menjalani pengujian tersebut. (TTTT.BB.HH)	☐예 ☐아니오 ☐ Ya ☐ Tidak

[illegible]

예진결과 Hasil Pemeriksaan	☐ 예방접종 가능 ☐ Layak untuk Vaksinasi	
	☐ 예방접종 연기 (사유:) ☐ Ditunda (Alasan:)	
	☐ 예방접종 금기 (사유:) ☐ Dilarang (Alasan:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명) Dengan ini, saya menegaskan bahwa saya telah membuat diagnosis di atas. Nama: (Tanda Tangan)		
예방접종 시행자 기록란 Vaksinasi (Untuk Vaksinator)		
제조회사 Produsen	백신 제조 번호 Nomor Produksi Vaksin	접종부위 Lokasi Vaksinasi
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ Lengan Kiri Atas ☐ Lengan Kanan Atas
접종자 성명: (서명) Vaksinator: (Tanda Tangan)		