

코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표

ใบตรวจร่างกายเบื้องต้นสำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19

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

§ข้าพเจ้าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 (ต่อไปนี้จะเรียกว่า โควิด 19) และข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้หลังการฉีดวัคซีนดังกล่าวเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

โดยจะรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นจากแพทย์ ☐ยินยอม ☐ไม่ยินยอม

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

§กรณีที่ยินยอมในการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

กรุณาอ่านคำถามดังต่อไปนี้และทำเครื่องหมายลงในช่องยืนยันด้วยตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคดังกล่าวอย่างปลอดภัย

성명 ชื่อ - สกุล	주민등록번호 (외국인등록번호) หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน (หมายเลขบัตรประจำตัวคนต่างชา ติ)	- (□남 □여) - (□ ชาย □ หญิง)
전화번호 หมายเลขโทร ศัพท์	(집) (บ้าน) (휴대전화) (มือถือ)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항 ข้อตกลงเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคล ฯลฯ เพื่อดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค		본인 (법정대리인, 보호자) 확인☐ ยืนยันด้วยตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย ย, ผู้ปกครอง) ☑
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다. ปัจจุบันมีการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลอ่อนไหว อาทิ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ฯลฯ ตาม 「กฎหมายว่าด้วยการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ」 4 จากมาตราที่ 33 และกฎหมายบังคับใช้ 3 จากมาตราที่ 32 โดยมีรายการที่รวบรวมเพิ่มเติมดังต่อไปนี้		

▪ 개인정보 수집 · 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등 ▪ จุดประสงค์การรวบรวมและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล: เพื่อแจ้งการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและสถานะเสร็จสิ้นการฉีดวัคซีน, ข้อความเกี่ยวกับสถานะการเกิดอาการผิดปกติ ฯลฯ ▪ 개인정보 수집 · 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화) ▪ รายการที่รวบรวมและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล: (รวมถึงข้อมูลอันไหว, หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน), หมายเลขโทรศัพท์ (บ้าน/มือถือ) ▪ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 ▪ ระยะเวลาในการเก็บรักษาและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล: 5 ปี	
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. 1. ก่อนรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ข้าพเจ้ายินยอมว่าได้ตรวจสอบล่วงหน้าเกี่ยวกับรายละเอียดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคสำหรับกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน ผ่าน <ระบบดำเนินการเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19> แล้วเป็นที่เรียบร้อยแล้ว *예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다. * กรณีที่ไม่ยินยอมในการตรวจสอบล่วงหน้าเกี่ยวกับรายละเอียดการฉีดวัคซีนป้องกันโรค อาจต้องรับการฉีดวัคซีนเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นหรือวัคซีนที่มียี่ห้อต่างกันได้	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ ใช่ ☐ ไม่
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다. 2. ข้าพเจ้ายินยอมในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ครั้งต่อไปและสถานะเสร็จสิ้นการฉีดวัคซีนผ่านทางข้อความบนโทรศัพท์มือถือ *문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. *กรณีที่ไม่นยินยอมในการรับข้อความ, จะไม่สามารถรับข้อมูลได้ หากไม่ยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลรายการ	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ ใช่ ☐ ไม่
3. 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다. 3. ข้าพเจ้ายินยอมในการรับข้อความเกี่ยวกับสถานะของการเกิดอาการผิดปกติหลังรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 *문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다. *กรณีที่ไม่นยินยอมในการรับข้อความ, จะไม่สามารถรับข้อมูลได้ หากไม่ยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลรายการ	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ ใช่ ☐ ไม่

접종대상자에 대한 확인사항 การยืนยันข้อมูลสำหรับกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน	본인 (법정대리인, 보호자) 확인☐ ยืนยันด้วยตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ☑
①(여성) 현재 임신 중 입니까? ① (สำหรับเพศหญิง) ท่านตั้งครรภ์อยู่หรือไม่?	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่
②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ② วันนี้ท่านมีอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ต่างจากก่อนหน้านี้หรือไม่? กรุณากรอกอาการเจ็บป่วย ()	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่
③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오. (년 월 일) ③ ท่านเคยรับการตรวจหาโรคติดเชื้อโควิด 19 หรือไม่? หากใช่ กรุณากรอกวันที่ได้รับการตรวจ (ปี เดือน วัน)	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่
④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까? ④ ในช่วง 14 วันที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการฉีดวัคซีนอื่น (นอกเหนือจากวัคซีนโควิด) มาก่อนหรือไม่?	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่
⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까? ☑'아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 ⑤ ท่านเคยรับการฉีดวัคซีนโควิด 19 มาก่อนหรือไม่? ☑กรณีที่ตอบ 'ไม่' ข้ามไปข้อ ⑥ 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일) หากใช่ กรุณากรอกวันที่ได้รับวัคซีน (วันที่ได้รับวัคซีน: ปี เดือน วัน)	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่
⑤-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:) ⑤-1 ท่านเคยเข้ารับการรักษาเนื่องจากเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง (แอนาфилакти시스: ช็อก, หายใจติดขัด, หมดสติ, อาการบวมบนปาก/ ในช่องปาก ฯลฯ) หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 หรือไม่? (ประเภทวัคซีนที่ก่อให้เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง:)	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่
⑥이전에 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어 주십시오.() ⑥ ก่อนหน้านี้ท่านเคยเข้ารับการรักษาเนื่องจากเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง (แอนาфилакти시스: ช็อก, หายใจติดขัด, หมดสติ, อาการบวมบนปาก/ ในช่องปาก ฯลฯ) หรือไม่? หากใช่ กรุณากรอกสารที่ก่อให้เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง ถ้าทราบ ()	☐예 ☐아니오 ☐ใช่ ☐ไม่

⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.() ⑦ ท่านมีภาวะเลือดออกง่ายหรืออยู่ระหว่างรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่? หากใช้ กรุณากรอกชื่อโรคและชนิดของยา ()		
본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계: ชื่อ - สกุลของตนเอง (ผู้แทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง): (ลายมือชื่อ) ความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน: 년 월 일 ปี เดือน วัน		
의사 예지 경과 (의사기록라) ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้นจากแพทย์ (ช่องกรอกข้อมูลสำหรับแพทย์)		확인☑ ยืนยัน ☑
체온: °C อุณหภูมิร่างกาย: °C	예바접종 후 이사바우에 대해 설명하였음 อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังฉีดวัคซีนป้องกันโรคแล้ว	□
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음 อธิบายแล้วว่า 'หลังฉีดวัคซีนแล้วจะต้องอยู่ในหน่วยงานที่ฉีดวัคซีนเป็นเวลา 15 - 30 นาที เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ'		□
예지결과 ผลตรวจร่างกายเบื้องต้น	☐ 예방접종 가능 ☐ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้	
	☐ 예방접종 연기(사유:) ☐ เลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค (สาเหตุ:)	
	☐ 예방접종 금기(사유:) ☐ ห้ามฉีดวัคซีนป้องกันโรค (สาเหตุ:)	
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명) ยืนยันว่าได้ซักถามและตรวจร่างกายตามรายละเอียดข้างต้นแล้ว ชื่อ - สกุลแพทย์: (ลายมือชื่อ)		
예바접종 시해자 기록라 ช่องกรอกข้อมูลสำหรับผู้ทำการฉีดวัคซีนป้องกันโรค		
제 주회사 บริษัทผู้ผลิต	백시 제 주 버허 หมายเลขการผลิตวัคซีน	전 종부위 บริเวณที่ฉีดวัคซีน
		☐ 좌측 상완 ☐ 우측 상완 ☐ ต้นแขนซ้าย ☐ ต้นแขนขวา
적조자 서명: (서명) อ-สกุลผู้ทำการฉีดวัคซีน: (ลายมือชื่อ)		