예방접종 예진표

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

성 명		주민등록번호	- (□남 □여)		
전화번호	(집) (휴대전화)			체 중	kg
주 소					

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	본인(법정대리인, 보호자) 동의 ☑
예방접종 예진표 작성을 위해 주민등록번호 등 개인정보 제공에 동의합니다.	□ 동의함
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 사전에 확인하는 것을 동의합니다.	□ 동의함
(어린이) 정기예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화로 문자 수신하는 것을 동의합니다.	□ 동의함
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, 혈액질환으로 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 :

* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-)

____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)		

210㎜× 297㎜(보존용지(2종) 70g/㎡)