

어르신 폐렴구균 예방접종 예진표

성명		전화번호	
주민등록번호	-	핸드폰	
주소			

접종대상자에 대한 확인 사항	보호자(본인)확인 <input checked="" type="checkbox"/>
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명:)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랑-바레 증후군 포함)이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명:)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명:)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

보호자(본인) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : _____ 년 ____ 월 ____ 일

※ 예방접종 확인 및 다음접종 사전알림 수신 동의(휴대전화번호:)

의사 예진 결과(의사 기록란)	확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 : °C 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음	<input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음	<input type="checkbox"/>
문진결과 :	
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서명)	

접종명 및 차수	제조회사	제조번호	접종부위	접종방법	접종량

○ 다음과 같은 질환이 있는지 체크해주시기 바랍니다.

질 환 명	아 니 오	예
뇌척수액 누출자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
인공와우 이식 환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
기능적 또는 해부학적 무비증 환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
면역저하자 (해당질환 아래 참조) · 종양질환 · 백혈병 · 림프종 · 호치킨병 · 다발성 골수종 · 면역억제제 투여(스테로이드 포함) · 방사선 치료 · 조혈모세포이식 · 고형 장기이식 · 만성 신부전 · 신증후군 · HIV 감염 · 선천성 면역저하	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

상기의 기저질환자 접종 안내 (예진 의사 기록란)	확인 <input checked="" type="checkbox"/>
13가 단백결합백신 접종력	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음
(13가 단백결합백신 접종력이 없는 경우) · 담당 주치의와 접종받을 백신(PCV13 또는 PPSV23) 및 접종시기에 대해 상담이 필요함을 안내하였음	<input type="checkbox"/>
· 담당 주치의 상담을 안내하였으나 상담을 거부하거나 상담 받은 후에 23가 다당질백신 접종을 요구함	<input type="checkbox"/>

상기의 예진표는 예방접종 후 이상반응 발생 시 접종과정의 적정성 여부를 판단하기 위한 목적으로 수집되며, 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 제26조에 따라 5년간 보존됩니다.

예방접종기록의 정보는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제28조 및 같은 법 시행규칙 제23조에 따라 피접종자의 누락접종과 중복접종을 방지하고 예방접종증명서 발급을 위해 수집 및 접종기관간에 공유되며, 공공기록물 관리에 관한 법률 시행령에 의거하여 준영구 보존됩니다.

※ 공유정보로는 피접종자 인적사항(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호 등), 보호자의 인적사항, 예방접종내역(접종명, 접종차수, 접종일, 접종백신, 접종방법 및 부위 등)이며, 개인정보 보호법(법률 제10465호)에 의거하여 철저히 보안 관리되고 있습니다.