

예 방 접 종 사 전 예 진 표

| 접종대상자 인적사항 | | 보호자 인적사항 | |
|---|----|----------|--|
| 성 명 | | 성 명 | |
| 주민등록번호 | | 주민등록번호 | |
| 주 소 | | 전 화 번 호 | |
| 체 중 | kg | 휴대폰 번호 | |
| ※ 예방접종 확인 및 다음 일정 안내 문자알림(SMS) 수신 동의 <input type="checkbox"/> | | | |

| 아기(어린이)에 대한 확인사항 | 보호자 확인 <input checked="" type="checkbox"/> |
|--|---|
| 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. () | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까? | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명:) | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 선천성 기형, 천식, 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액질환으로 진찰받거나 치료받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. () | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 경련을 한 적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랑-바레 증후군 포함) 있습니까? | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명:) | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까? | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여 받은 적이 있습니까? | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 최근 1개월 이내에 홍역·유행성이하선염·풍진·수두 및 기타 감염병을 앓은 일이 있었습니까? 있으면 병명을 적어 주십시오. (병 명 :) | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :) | 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

예방접종기록의 정보는 감염병 예방차원에서 국민의 건강보호를 위해 수집되며, 수집된 정보가 피접종자의 누락접종과 중복접종을 방지하고 예방접종증명서 발급을 위해 접종 기관 간에 공유되는 것에 동의합니다.
(감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 28조 및 같은 법 시행규칙 제23조).

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

| 의사 예진 결과(의사 기록란) | | |
|-----------------------------|---|--|
| 체 온 : | ℃ | 이 상 반 응 설 명 여 부 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> |
| 문진결과 : | | |
| 이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. | | 의사성명 : _____ (서명) |

| 접종명 및 차수 | 제조회사 | 제조번호 | 접종부위 | 접종방법 | 접종량 |
|----------|------|------|------|------|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |

예방접종의 이상반응 안내

| 예방접종의 종류 | 국소이상반응 | 전신이상반응 |
|-----------------------|-------------------------------|--|
| 비시지(피내접종) | 국소 림프절염, 농양, 궤양, 켈로이드, 비후성 반흔 | 드물게 골수염, 전신 결핵 감염증 |
| B형간염 | 통증, 종창, 경결 | 발열, 권태, 구토, 관절통·피부발진 |
| 디프테리아, 파상풍, 백일해 | 통증, 발적, 부종, 경결 | 발열, 어지럼증, 식욕부진, 구토, 보챔 일시적 저간장, 경련, 드물게 과민성 쇼크, 뇌증 |
| 폴리오 | 통증, 발적, 부종, 경결 | 과민반응 |
| 홍역, 유행성이하선염, 풍진 (MMR) | 통증, 발적, 종창, 피부발진 | 발열, 발진, 혈소판 감소증 중추신경계 이상반응(경련, 뇌염, 뇌증) 드물게 이하선염, 림프절 종창, 관절통 |
| 수두 | 통증, 발적, 부종 | 발열, 발진, 수포성 발진, 대상포진 |
| 일본뇌염 | 통증, 부종, 발적, 감각과민 | 발열, 두통, 권태감, 근육통, 오한, 구토 드물게 중추신경계 이상반응(뇌염, 뇌증) |
| b형 헤모필루스 인플루엔자 | 종창, 발적, 통증 | 발열, 보챔 |
| 폐렴구균 | 종창, 발적, 통증 | 발열, 근육통 |
| A형간염 | 통증, 발적, 부종 | 권태감, 피로, 미열, 구토, 설사 |
| 인플루엔자 | 통증, 발적, 무력감, 두통 | 발열, 근육통, 관절염, 불쾌감, 드물게 과민성 쇼크, 길랑-바레 증후군 |
| 장티푸스 | 통증, 경결, 발적 | 발열, 불쾌감, 오한, 가려움증 |
| 신증후군출혈열 | 발적, 통증, 근육통, 부종, 색소침착 | 발열, 권태감, 구역질 |

「예방접종등록」이란

전국 보건소와 병·의원은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 법 제21조」 규정에 따라 개인 별로 예방접종기록을 작성하여 관리하고 있습니다.

「예방접종등록」의 혜택

제때에 필요한 예방접종을 받을 수 있도록 「접종일정 및 누락접종」 안내를 받으실 수 있습니다. 부정확한 기록, 수첩 분실, 이사, 다른 병의원 방문 등으로 과거에 접종한 내용을 확인하기 어려워 발생하게 되는 「중복접종이나 누락접종」을 방지할 수 있습니다.

취학시나 외국 유학시 필요한 「예방접종증명서」를 인터넷으로 발급받을 수 있습니다.

「예방접종등록」의 필요성

예방접종의 효과를 가장 크게 얻으려면 표준예방접종일정에 따라 접종을 해야 합니다.

예방접종은 개인 건강도 보호하지만 많은 사람들이 접종을 하게 되면 감염병이 유행하지 않게되므로 사회의 건강도 보호하는 역할을 합니다.

얼마나 많은 사람들이 접종을 하는지 알게 되면 감염병이 발생하는 시기와 지역을 예측할 수 있어 미리 감염병 유행에 대비할 수 있습니다.

이를 위해, 세계보건기구(WHO)는 개인별 예방접종기록을 별도 관리하도록 권고하고 있으며, 90년대 이후 미국과 같은 선진국은 인터넷을 활용하여 접종기록을 등록 관리하고 있습니다.

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제28조에 따라 우리나라는 1983년에 「예방접종등록」을 위한 법적 근거를 마련하였고 2000년 6월 이후부터는 접종기록을 등록 관리할 수 있는 전산프로그램을 보건소와 병·의원에 보급하고 있습니다.

※공유정보로는 피접종자 인적사항(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호 등), 보호자의 인적사항, 예방접종내역(접종명, 접종차수, 접종일, 접종백신, 접종방법 및 부위 등)이며, 공공기관의개인정보보호에 관한법률(법률 제05715호)에 의거하여 철저히 보안 관리되고 있습니다.