

# 신종 코로나 백신 접종 예진표

※굵은 테두리 안에 기입 또는 체크☑를 해 주십시오.

## 注意

本予診票を用いて請求を行うことはできません。

日本語の予診票に転記の上、請求を行ってください。

주민표에 기재되어 있는 주소	도도		시구	
	부현		정촌	
후리가나			전화번호	( )
성명				
생년월일 (서기)	년	월	일생(만)	세) □남 · □여
			진찰 전 체온	도
				부

질문 사항	회답란	의사 기입란
신종 코로나 백신 접종이 처음입니까? (접종을 한 적이 있는 경우 1차: 월 일, 2차: 월 일)	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
현시점에서 주민표가 있는 시정촌(市町村)과 쿠폰권에 기재되어 있는 시정촌(市町村)은 같습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
'신종 코로나 백신 설명서'를 읽고 효과나 이상반응 등에 관해 이해했습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
접종 순위 상위가 되는 대상 그룹에 해당합니까? □의료 종사자 등 □65세 이상 □60~64세 □고령자 시설 등의 종사자 □기저 질환 있음(병명: )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
현재 질병으로 치료(투약 등)를 받고 있습니까? 병명: □심장병 □신장병 □간장병 □혈액 질환 □혈액응고장애 □면역 부전 □기타( ) 치료 내용: □항응고제( ) □기타( )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
해당 질병을 진찰한 의사가 오늘의 예방접종을 해도 좋다고 했습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
최근 1개월 내에 열이 나거나 병에 걸린 적이 있습니까? 병명( )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
오늘 컨디션이 좋지 않은 곳이 있습니까? 증상( )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
경련(경기)을 일으킨 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
약이나 식품 등에 의해 중증 알레르기 증상(아나필락시스 등)을 일으킨 적이 있습니까? 약·식품 등 원인이 된 것( )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
지금까지 예방접종으로 몸 상태가 나빠진 적이 있습니까? 종류( ) 증상( )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
현재 임신했을 가능성(생리가 예정보다 늦어지는 등)이 있습니까? 또는 수유 중입니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
2주 이내에 예방접종을 했습니까? 종류( ) 접종한 날( )	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	
오늘 예방접종에 관해 질문이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	

의사 기입란	이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 접종은(□가능 · □연기)	의사 서명 및 기명 날인
	본인에 대해 접종 효과, 이상반응 및 예방접종 건강 피해 구제 제도에 관해 설명하였다. □피접종자는 6세 미만이다(해당하는 경우는 칠해 주십시오.)	

## 신종 코로나 백신 접종 희망서

의사의 진찰을 받고 접종의 효과 및 이상반응 등에 관해 설명을 들은 후에 접종을 희망합니까?(□접종을 희망합니다 · □접종을 희망하지 않습니다)

예진표는 접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다.

이를 이해하였고 본 예진표가 시정촌(市町村), 국민건강보험중앙회 및 국민건강보험단체연합회에 제출하는 것에 동의합니다.

년 월 일  
피접종자 또는  
보호자 자필

(※자필할 수 없는 경우는 대필자가 서명하고 대필자 성명 및 피접종자와의 관계를 기재)  
(※피접종자가 16세 미만인 경우는 보호자 자필, 성년 피후견인의 경우는 본인 또는 성년 후견인 자필)

의사 기입란	백신명 · 로트번호	접종량	실시 장소 · 의사명 · 접종 연월일	※의료기관 등 코드 · 접종 연월일은 테두리 안에 들어가도록 기입해 주십시오.
	스티커 붙이는 위치	ml	실시 장소	의료기관 등 코드
	※테두리에 맞춰 잘 붙여 주십시오. (*주)유효기한이 만료되지 않았는지 확인		의사명	접종 연월일 ※(기입예) 4월 1일→04월 01일
				년 월 일