예방접종 사전예진표

접종자	주민등록번호	- (□남 □여)	자택전화	
	성 명		핸 드 폰	
주 소	_____시·도 _____시·군·구 _____읍·면·동 _____번지 이하주소 아파트 동 호			

접종자에 대한 확인사항	본인 또는 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, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ( )	□예 □아니오
경련을 한 적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랑-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.
예방접종기록의 정보는 전염병 예방차원에서 국민의 건강보호를 위해 수집됩니다(전염병예방법 제21조). 수집된 정보가 피접종자의 누락접종과 중복접종을 방지하고 예방접종증명서 발급을 위해 접종기관간에 공유되는 것에 동의합니다.
보호자(본인) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 :
_____ 년 _____ 월 _____ 일

의사 예진 결과(의사 기록란)		
체온 : ℃	이상반응 설명여부	□예 □아니오
문진결과 :		
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서명)		