

전화 ()

아래의 굵은 선 안의 질문 항목에 필요 사항을 기재하고 회답란의 해당하는 곳에 ○표해 주십시오.

질문 사항		회 답 란		의사 기입란
1 오늘 받을 예방접종에 대해 구에서 배부한 설명서를 읽어 보셨습니까?		아니오	예	
2 자녀분의 발육과정에 대해서 질문하겠습니다. 출생 시 체중 () g		예	아니오	
분만 시 이상이 있었습니까?		예	아니오	
출생 후 이상이 있었습니까?		예	아니오	
유아 건강 검진시 이상이 있다는 지적을 받은 적이 있습니까?		예	아니오	
3 오늘 몸이 아프거나 불편한 곳이 있습니까? 구체적인 증상을 적어 주세요. ()		예	아니오	
4 최근 1개월 이내에 병을 앓은 적이 있습니까? 병명 ()		예	아니오	
5 1개월 이내에 가족 또는 친구 중 홍역, 풍진, 수두, 유행성이하선염 등을 앓은 사람이 있습니까? 병명 ()		예	아니오	
6 출생 후부터 지금까지 가족 등 주변에 결핵에 걸린 사람이 있었습니까?		예	아니오	
7 1개월 이내에 예방접종을 받았습니까? 예방접종명 () 접종일 (/)		예	아니오	
8 출생 후부터 지금까지 선천성이상, 심장, 신장, 간장, 뇌신경, 면역결핍증, 기타 질병에 걸려 의사의 진찰을 받고 있습니까? 병명 ()		예	아니오	
상기 질병 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?		예	아니오	
9 현재 스테로이드제 (내복) 나 면역억제제 등 특별한 약의 투여를 받고 있습니까?		예	아니오	
10 경련을 일으킨 적이 있습니까? () 세 경		예	아니오	
그때 발열이 있었습니까?		예	아니오	
11 약이나 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기가 나타나 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까?		예	아니오	
12 근친자 중에 선천성 면역결핍증으로 진단 받은 사람이 있습니까?		예	아니오	
13 지금까지 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종명 ()		예	아니오	
14 근친자 중에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 사람이 있습니까?		예	아니오	
15 오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있습니까?		예	아니오	
의사 기입란 이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시 할 수 있다 · 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다. 보호자에게 예방접종의 효과, 부작용 및 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명 날인				

보호자 기입란 의사의 진찰·설명을 듣고 예방접종의 효과나 목적, 심각한 부작용의 가능성, 예방접종 건강피해 구제 제도 등에 대해 이해하였으므로 예방접종에 (동의 합니다 · 동의하지 않습니다) ※괄호 안의 해당하는 곳에 ○표해 주세요. 이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 하고 있습니다. 이를 이해하고 본 예진표가 구에 제출되는 것에 동의합니다. 보호자 자필 서명 또는 동반자 서명	사용 백신 Lot No. (주의) 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오 접종 방법 규정량을 BCG용 마늘을 사용하여 경피접종 접종 부위	실시 장소·접종 의사명 실시 장소 접종 의사명	
	좌·우 / 팔	접종 (예진) 년 월 일	년 월