

예 방 접 종 예 진 표

※ 접종 하시하고자 하는 예방접종 명을 각각 적어 주세요.

예방접종명		영유아검진
1	(차)	
2	(차)	
3	(차)	

접종자성명	주민등록번호		
주소		전화번호	집
			HP
보호자 성명	주민등록번호	E-메일	
"맘맘맘전북" 카페 나내입(별명) : 카페 가입자에 한함			

질문사항	보호자(본인)확인란	
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오 ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
약이나 음식물(계란포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 본인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오 (예방접종명:)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
선천성기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비질환, 혈액질환으로 진찰받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오 ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
경련을 한 적이 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 (명명:)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1년 이내 수혈을 받았거나 면역 글로블린을 투여 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있으면 예방접종명을 적어주십시오 (예방접종명:)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

의사의 진찰 결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.
 예방접종기록의 정보는 전염병 예방차원에서 국민의 건강보호를 위해 수집되며 수집된 정보는 피접종자의 누락접종과 중복접종을 방지하고 예방접종 증명발급을 위해 접종기관 간에 공유 되는 것(전염병예방 및 관리에 관한 법률 제28조)과 우리협회에서 제공하는 예방접종정보 및 사업안내, 육아정보 등을 메일이나 우편 또는 SMS문자를 받아 보는데 동의합니다.

보호자(본인)성명 : _____ (서명) / 접종대상자 와의 관계 : _____
 2014년 _____ 월 _____ 일

의사 예진 결과 (의사 기록란)	
제은 :	이상반응 설명여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
문진결과	
이상의 문진 및 진찰결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : _____ (서명)	