



### COVID-19 예방접종 선별 질문 및 동의서\*

접종자 이름(정자체로 기입)		선호하는 이름	
생년월일	현재 성별 ID 아래에 ID를 표시하십시오. <input type="text"/>	<b>기호 설명:</b> W - 여성 TW - 성전환 여성 M - 남성 TM - 성전환 남성 NB - 남성도 여성도 아님 GNC - 성별 비순응 Q - 확실하지 않음/성별 갈등 중 NR - 응답하지 않기로 선택 GNL - 목록에 없는 성별(직접 기입하십시오) * 성별 대명사: 의뢰인 이름 옆에 기입하십시오	
출생 시 부여된 성별 아래에 성을 표시하십시오. <input type="text"/>	<b>기호 설명:</b> M - 남성 F - 여성 I - 중간성 NR - 응답하지 않기로 선택	혼인 상태 아래에 상태를 표시하십시오. <input type="text"/>	<b>기호 설명:</b> S - 미혼 D - 이혼함 M - 결혼함 W - 사별함 V - 동성 결혼 U - 알 수 없음 SEPARATED - 법적 별거 중 PARTNER - 평생 반려자
주소	도시	주	우편 번호
이메일 주소			
부모/보호자/대리인(해당되는 경우 정자체로 기입하십시오)	전화	선호하는 언어	
민족 아래에 민족을 표시하십시오. <input type="text"/>	<b>민족 기호 설명:</b> DECL - 거부함 HIS - 히스패닉계 NHL - 히스패닉계가 아닌 알 수 없는 민족 UNK - 알 수 없음	인종 아래에 인종을 표시하십시오. <input type="text"/>	<b>인종 기호 설명:</b> AIA - 아메리카 원주민 또는 알래스카인 ASN - 아시아인 BAA - 아프리카계 미국인 또는 흑인 DECL - 거부함 NHP - 하와이 또는 태평양 섬 원주민 WHT - 백인 OTH - 기타 또는 다인종
기본 보험 이름	기본 보험 ID 번호	가입자 이름/생년월일	환자와 가입자와의 관계
기본 보험 주소	기본 보험 그룹 번호	기본 보험 전화 번호	
보조 보험 이름	보조 보험 ID 번호	가입자 이름/생년월일	환자와 가입자와의 관계
보조 보험 주소	보조 보험 그룹 번호	보조 보험 전화 번호	
백신을 접종받는 진료소/접종소	주치의 주소/전화번호		
선별 질문			
1.	오늘 몸이 아프십니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2.	지난 10일 이내에 증상이 있어서 COVID-19 검사를 받고 지금까지 계속 검사 결과를 기다리고 있거나, 혹은 의료 제공자 또는 보건국에서 COVID-19 감염 또는 노출로 인해 집에서 자가 격리를 하라는 지시를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
3.	지난 90일(3개월) 이내에 COVID-19에 대한 항체 요법 또는 회복기 혈장 치료를 받은 적이 있습니까? "예"로 답한 경우, 마지막 회차 백신 접종일은 언제였습니까? 날짜: _____	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
4.	어떤 백신, 주사, 주입에 대해서든 또는 COVID-19 백신의 어떤 성분에 대해서든 두드러기, 얼굴 부종, 호흡 곤란, 아나필락시스와 같은 즉각적인 알레르기 반응이 발생하거나, 어떤 것에 대해서든 심각한 알레르기 반응(아나필락시스)이 발생한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
5.	임신 중이거나 임신을 고려하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음

6.	암, 백혈병, HIV/AIDS, 그 밖에 면역 체계를 약화시키는 다른 질환을 가지고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 알 수 없음
7.	코르티손, 프레드니손 또는 기타 스테로이드, 항암제와 같이 면역 체계에 영향을 미치는 약물을 복용하고 있거나, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 알 수 없음
8.	출혈 장애가 있거나, 혈전 병력이 있거나, 현재 항응고제를 복용하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 알 수 없음
9.	심근염(심장 근육의 염증) 또는 심낭염(심장을 둘러싸고 있는 심막의 염증) 병력이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 알 수 없음
10.	이전에 Pfizer, Moderna 또는 Janssen COVID-19 백신을 접종한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	날짜: _____ (해당하는 경우)
11.	WHO에서 승인했지만 FDA에서 승인하지 않은 COVID-19 백신(AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)을 이전에 접종했습니까?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	날짜: _____ (해당하는 경우)

### 긴급 사용 승인

식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)은 긴급 사용 승인(EUA)을 통해 COVID-19 백신을 사용할 수 있게 했습니다. EUA는 COVID-19 팬데믹과 같은 비상 상황 중에 약물이나 생물학 제제의 긴급 사용이 정당화될 수 있는 정황이 존재할 때 허용됩니다. 이 백신은 FDA가 승인 또는 허가한 품목과 동일한 유형의 검토를 거치지 않았습니다. 하지만 백신을 사용할 수 있도록 하는 FDA의 결정은 백신의 알려진 잠재적 이익이 알려진 잠재적 위해성보다 더 많다는 것을 보여주는 가용한 총체적인 과학적 증거를 토대로 이루어집니다.

### 동의서

본인은 COVID-19 백신 접종에 대해 설명하는 자료를 읽었거나 설명을 들었습니다. 본인은 본인이 맞는 백신이 2회 접종을 필요로 한다면, 백신의 효과를 위해 이 백신을 2회 접종해야 한다는 점을 이해합니다. 본인은 질문을 하고 만족스러울 때까지 답변을 들을 기회가 있었습니다(그리고 본인이 대리 동의를 할 수 있도록 허락해 주고 위에 이름이 명시된 사람도 질문을 할 기회가 있었음을 확인했습니다). 본인은 설명된 백신 접종의 이익과 위해성을 이해합니다.

본인은 본인에게(또는 본인이 이러한 요청을 할 수 있도록 허락해 주고 위에 이름이 명시된 사람에게) COVID-19 백신 접종을 해줄 것을 요청합니다. 본인은 이 백신에 대해 본인이 부담할 비용이 없다는 것을 이해합니다. 본인은 건강 보험, Medicare 또는 그 밖에 본인의 의료 관리를 재정적으로 책임지는 제3자로부터 나오는 수당/현금을 포함하여 백신 투여를 위하여 어떠한 현금 또는 수당도 백신 접종기관에 제공되거나 양도되지 않는다는 점을 이해합니다. 본인은 지급을 확인하는 데 필요한 모든 정보(의료 기록, 청구서 사본, 항목별 계산서를 제한 없이 포함)와 그 밖에 백신 등록기관 보고를 포함하여 공공 보건을 위한 목적에 필요한 모든 정보의 공개를 허가합니다.

접종자/대리인/보호자(서명) 접종자	날짜/시간	정자체 이름	환자와의 관계(접종자가 아닌 다른 사람의 경우)
---------------------	-------	--------	----------------------------

전화 통역자의 ID 번호 또는	날짜/시간
------------------	-------

서명: 통역자	날짜/시간	정자체: 통역자의 이름과 환자와의 관계
---------	-------	-----------------------

### 아래는 백신 투여자가 작성하는 영역

환자는 오늘 어떤 백신을 접종합니까?

백신 이름	투여	EUA 팩트 시트 날짜	제조자 및 로트 번호
Pfizer/BioNTech	<input type="checkbox"/> 1회차 접종 <input type="checkbox"/> 2회차 접종		
Moderna	<input type="checkbox"/> 1회차 접종 <input type="checkbox"/> 2회차 접종		
AstraZeneca	<input type="checkbox"/> 1회차 접종 <input type="checkbox"/> 2회차 접종		
Janssen	<input type="checkbox"/> 단회 접종		

투여 부위       왼쪽 삼각근       오른쪽 삼각근       왼쪽 넓적다리       오른쪽 넓적다리

투여량       0.5 ml       0.3 ml

본인은 환자(및/또는 부모, 보호자, 대리인 중 해당되는 사람)에게 백신에 대한 정보를 제공했으며 백신 접종에 대한 동의를 받았습니다.

백신 투여자 서명: \_\_\_\_\_

\* 이 양식의 사용은 선택 사항입니다.

업데이트: 2021년 7월 12일