

COVID-19 백신 접종을 위한 사전 백신 접종 점검표



인쇄하십시오

백신 접종자 대상:

다음 질문은 오늘 귀하가 COVID-19 백신 접종을 하면 안 되는 사유가 있는지 여부를 저희가 결정하는 데 도움을 줍니다.

질문에 “예”라고 답변했다 하더라도 반드시 백신 접종을 하면 안 된다는 의미는 아닙니다. 이는 단지 추가 질문이 있을 수 있음을 의미합니다. 질문이 명확하지 않은 경우, 의료 제공자에게 설명을 요청하십시오.

환자 이름 _____

생년월일 _____

가장 좋은 연락처 _____

고용주/부서/직책 _____

예 아니요 모름

1. 오늘 몸이 안 좋으십니까?			
2. COVID-19 백신을 맞은 적이 있으십니까?			
<ul style="list-style-type: none"> 그렇다면, 어느 백신 제품을 맞았습니까? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 화이자 (Pfizer) <input type="checkbox"/> 모더나 (Moderna) <input type="checkbox"/> 얀센(Janssen, Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> 다른 의약품 _____ 			
3. 백신 및 주사를 통해 맞는 약물에 알레르기 반응을 일으킨 적이 있습니까? (여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 4시간 이내에 발생했으며 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)			
4. 18세에서 49세 사이의 여성이며 COVID-19 얀센 (존슨앤존슨) 백신 접종을 희망합니까?			
5. 12세에서 29세 사이의 남성이며 COVID-19 화이자-바이오테크, 또는 모더나 백신 접종을 희망합니까?			
6. 최근 90일 내에 COVID-19에 걸린 적이 있으며 모노클론항체 (또는 회복기 혈청) 치료를 받은 적이 있습니까?			
7. 최근 90일 내에 COVID-19에 걸린 적이 있으며 다기관염증증후군 (MIS-C 또는 MIS-A) 진단을 받은 적이 있습니까?			

작성자 _____ 날짜 _____

양식 검토자 _____ 날짜 _____



IMM