

백신 설문지

1. 설문지를 작성하여 주시기 바랍니다. 설문지의 내용이 명확하지 않은 경우, 건강 관리 직원에게 설명을 받으시기 바랍니다.

	아니오	예	?
• 피를 뽑거나 주사를 맞고서 어지럽거나 기절한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 지난 4시간 사이에 음식을 드셨습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 오늘 몸이 좋지 않다고 생각되십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 라텍스, 약물, 달걀, 젤라틴, 네오마이신, 또는 이전에 접종 받은 백신에 심각한 알레르기나 극심한 반응을 보인 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 만성적인 질환(예: 천식, 당뇨, 관절염, 폐/심장/신장/간/신경/위/장 관련 질환 또는 혈액 질환)이 있습니까? 예로 답하신 경우, 자세히 적어주십시오.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 면역 체계가 약하십니까? (예 : HIV, 암, 스테로이드와 같은 약물, 암 치료를 위한 약물, 방사선 치료 등에 따른 경우) 예로 답하신 경우, 자세히 적어주십시오.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 지난 4~6주 동안 다른 백신을 접종 받으신 적이 있습니까? 예로 답하신 경우, 자세히 적어주십시오.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 백신 정보 설명서(Vaccine Information Statement)를 읽어보셨습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 19세 미만인 경우, 아스피린이나 아스피린이 함유된 약물을 정기적으로 복용하십니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• 여성의 경우, 임신 중일 가능성이 있거나 다음달 임신을 계획하고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 결핵 피부 검사에서 양성반응을 보이거나 결핵 검진을 위한 피검사를 받으신 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. 접종이 필요한 백신에 동그라미 표시를 해 주시기 바랍니다.

A형 간염	인플루엔자 주사	홍역·볼거리·풍진(MMR)	디프테리아·파상풍	항열
B형 간염	인플루엔자 비강 분무제	폐렴구균	디프테리아·파상풍·백일해	_____
A/B형 간염	일본뇌염	소아마비	장티푸스	_____
인유두종 바이러스(HPV)	수막구균 접합	광견병	수두	_____

[

서명 _____

오늘의 날짜 ____/____/____