

# COVID-19 백신 접종을 위한 사전 백신 접종 점검표



## 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.

이름 \_\_\_\_\_

연령 \_\_\_\_\_

### 1. 오늘 몸이 안 좋으십니까?

예    아니요    모름

☐    ☐    ☐

### 2. COVID-19 백신을 맞으신 적이 있습니까?

☐    ☐    ☐

• 그렇다면, 어느 백신 제품을 맞았습니까?

☐ 화이자(Pfizer)    ☐ 모더나(Moderna)    ☐ 얀센(Janssen)  
(Johnson & Johnson)    ☐ 다른 의약품 \_\_\_\_\_

• 백신 접종 기록 카드 또는 기타 서류를 가지고 오셨습니까? (예/아니오)

☐    ☐

### 3. 다음에 대해 알레르기 반응이 있었습니까?

(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)

• COVID-19 백신의 성분에는 다음 중 하나가 포함됩니다.

○ 설사약 및 대장 내시경 시술을 위한 약제와 같은 일부 약물에서 발견되는 폴리에틸렌 글리콜(PEG)

☐    ☐    ☐

○ 일부 백신, 필름 코팅 정제 및 정맥 내 스테로이드에서 발견되는 폴리소르베이트

☐    ☐    ☐

• 이전에 투여한 COVID-19 백신

☐    ☐    ☐

### 4. 다른 백신(COVID-19 백신 제외) 또는 주사약 에 알레르기 반응이 있었던 적이 있습니까?

(여기에는 에피네프린 또는 EpiPen®로 치료를 해야 하거나 병원에 가야 하는 심각한 알레르기 반응[예: 아나필락시스]이 포함될 수 있습니다. 또한, 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)

☐    ☐    ☐

### 5. 해당하는 모든 것에 표시하십시오.

☐ 18세~49세 사이의 여성

☐ 12세~29세 사이의 남성

☐ 심근염 또는 심낭염 병력

☐ 백신 또는 주사 요법 이외에 음식, 애완동물, 독, 환경적 또는 경구약 알레르기 등과 같은 것에 심각한 알레르기 반응이 있었음

☐ COVID-19에 걸려 항체의약품 또는 회복기혈청으로 치료를 받았음

☐ COVID-19 감염 이후 다기관 염증 증후군(MIS-C 또는 MIS-A)을 진단받음

☐ 면역계 약화(즉, HIV 감염 또는 암) 상태, 또는 면역억제제 또는 요법 투여중

☐ 출혈성 질환이 있음

☐ 혈액 희석제를 복용함

☐ 헤파린에 의한 혈소판감소증(HIT) 이력이 있음

☐ 현재 임신 또는 모유 수유 중임

☐ 성형 필러를 받은 적이 있음

☐ 길랭-바레 증후군(GBS) 병력

양식 검토자: \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_