



홍역 및 풍진 예방접종 예진표  
(제 3기 및 제 4기 대상자: 보호자가 동반한 경우, 접종받는 자가 기혼인 경우)

		진찰 전 체온		도
주소				
접종 받는 사람 이름	M	생년월일	년	월
보호자 이름	F	나이 (	년	일생 개월)

질문사항	답변		의사기입란
오늘 받을 예방접종에 대한 설명서를 읽어보셨습니까(관할 행정기관에서 발송된 것)?	예	아니오	
현재 아픈 곳은 없습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오. ( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예	아니오	
출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명( )	예	아니오	
그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?	예	아니오	
과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까? ( )세 경	예	아니오	
앞의 질문에 "예"라고 답한 경우 그 당시 발열이 있었습니까?	예	아니오	
약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?	예	아니오	
가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?	예	아니오	
과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종 이름( )	예	아니오	
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?	예	아니오	
현재 임신중 일 가능성이 있습니까(월경이 지연되는 등)? [주의] 임신 중인 분한테 접종하는것은 주의가 필요합니다.	예	아니오	
오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있으십니까?	예	아니오	
의사 기입란 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다. 예방접종의 효과 및 부작용, 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명 날인			

의사의 진찰, 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하였으며 이를 토대로 오늘의 예방접종에 (동의 합니다 / 동의하지 않습니다)\*. \*원하는 항목에 동그라미로 표시하십시오.  
이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 만들어 졌습니다. 이를 이해하고 이 예진표가 행정기관에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 서명:

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 [주의] 백신의 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	근육 내 주사  0.5mL	기관: 의사 이름: 접종 날짜: / / (d/m/y)

\* 접종받는 사람이 기혼자인 경우에는 기재할 필요가 없습니다.

인유두종 바이러스 감염증 예방접종 예진표 (보호자가 동반하지 않은 경우)

인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 대한 설명

○보호자님께 : 이 문서를 반드시 읽고 숙지하십시오.

\* [예방접종의 대상이 되는 초등학교 6 학년 및 고등학교 1학년에 해당하는 나이의 자녀를 두신 보호자님께]

지금까지는 자녀분이 예방접종을 받을 때 반드시 보호자가 동반해야 했지만 13세 이상 (중학교 1학년 ~ 고등학교 1학년) 에 해당하는 청소년의 인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 대해서는 보호자가 이 예진표의 기재사항을 잘 읽고 이해한 뒤 자녀분이 예방접종을 받기를 희망하는 경우, 이 예진표에 서명하시면 보호자 동반 없이도 예방접종을 받을 수 있게 되었습니다.

(예방접종 당일 자녀가 반드시 이 문서를 지참하도록 하십시오.)

예방접종에 관한 의문 사항이 있는 경우 담당 의사나 보건소, 관할 행정기관의 예방접종담당과에 문의하여 내용을 충분히 이해한 뒤에 접종여부를 결정한 후 이 예진표에 서명하십시오.

**1 인유두종 바이러스 (HPV) 감염증의 증상**

인유두종 바이러스는 피부나 점막에 감염 바이러스로서 100 개 이상의 종류로 분류되어 있습니다. 이들 중 주로 점막에 감염되는 유형은 성행위를 통해 발생하는 표피의 미세한 상처에서 생식기 점막에 침입하여 감염되는 바이러스이며, 해외에서는 성 활동을 하는 여성의 50 % 이상이 평생 한 번은 감염된다고 추정되고 있습니다.

점막에 감염되는 HPV 중 적어도 15 종류는 자궁 경부암에서 발견되어, “고위험형 HPV ”라고 불리고 있습니다. 고위험형 HPV 중에서도 16 형, 18 형으로 불리는 2 종류는 특별히 빈도가 높아 해외의 자궁 경부암 발생의 약 70 %에 관여하는 것으로 추정되고 있습니다. 또한 자궁 경부암 이외에도 해외에서 적어도 90 %의 항문 암, 40 %의 질암, 외음부암, 음경암에 관여하는 것으로 추정되고 있습니다. 기타 위험이 높은 유형에 속하지 않은 종류인 것은 성기에 생기는 양성인 혹인 생식기 사마귀의 원인이 되는 것으로 알려져 있습니다.

**2 예방접종의 효과 및 부작용**

백신에는 여러 종류의 인유두종 바이러스 (HPV) 의 바이러스 성분이 포함되어 예방 접종을 받은 어린이는 이것에 대한 면역을 획득할 수 있습니다. 면역력을 가진 어린이는 HPV에 감염될 위험을 방지할 수 있습니다.

그러나 예방접종으로 인해 가벼운 부작용이 발생할 수 있으며 아주 드물기는 하지만 심각한 부작용이 생길 수도 있습니다. 예방접종 후 나타날 수 있는 반응은 다음과 같습니다.

인유두종 바이러스 백신에 의한 주요 부작용

주요 부작용은 발열이나 국소 반응 (동통, 발적, 종창)입니다. 또한 예방 접종 후 주사에 의한 통증과 심인성 반응 등에 의한 실신이 나타날 수 있습니다. 실신의 전도를 방지하기 위해 접종 후 30 분 정도는 체중을 의지할 수 있는 등받이가 있는 소파에 앉혀 놓고, 상태를 관찰하도록 하십시오.

드물게 보고되는 경우이긴 하지만 아나필락시스(두드러기, 호흡곤란, 쇼크 등), 길랑바레증후군, 혈소판 감소성 자반병(자반, 코피, 구강점막 출혈 등), 급성 산재성 뇌척수염 (ADEM) 등과 같은 심각한 부작용이 보고되기도 합니다.

**3 예방접종에 의한 건강피해 구제제도에 대하여**

○정기 예방접종으로 인한 부작용 발생으로 의학적 치료가 필요하거나 생활에 지장이 생길 정도의 장애를 남기는 등의 건강피해가 발생한 경우 예방접종법에 따라 정부로부터 보상을 받을 수 있습니다.

○이러한 보상은 의료비, 의료 수당, 장애 어린이 양육연금, 장애 연금, 사망 일시금, 장례비로 구분되어 있으며 건강 손상의 심각도에 따라 법에 규정된 금액이 지급됩니다. 사망 일시금 및 장례비를 제외한 모든 보상은 치료가 완료되거나 장애가 치유될 때까지 지급됩니다.

○단 이러한 보상은 예방접종으로 인한 건강 손상에 대한 정부 심의 위원회의 심사 후 예방접종에 의한 것이라고 인정된 경우에만 받을 수 있습니다. 예방접종, 감염증 의료·법률 등 각 분야의 전문가로 구성된 이 위원회에서는 이러한 건강 손상이 예방접종에 의한 것인지, 다른 요인(예방접종 전/후에 우연히 발생한 다른 감염증 또는 다른 원인)에 의한 것인지의 인과관계를 논의합니다.

\* 보상금 급부를 위한 신청서를 제출해야 하는 경우 예방접종 전 진찰한 의사, 보건소, 관할 행정기관의 예방접종 담당과에 상담하시기 바랍니다.

4. 예방접종 시 주의 사항

예방접종은 자녀의 건강 상태가 양호할 때만 실시해야 합니다. 자녀의 건강 상태가 좋지 않은 경우에는 의사의 진찰을 받아 예방접종을 받아도 될지 여부를 결정하십시오.

자녀의 건강 상태가 다음과 같은 경우 예방접종을 받을 수 없습니다.

- 1) 분명한 발열 증상(37.5°C 이상)
- 2) 심각한 급성 질환에 걸린 게 분명한 경우
- 3) 접종받을 백신 성분에 대해 과민 반응을 일으킨 내력이 있는 경우
- 4) 기타 의사가 부적절한 상태라고 판단한 경우

또한 현재 임신 중의 접종은 주의가 필요하신 분이기 때문에 담당 의사와 잘 상담해주세요.

○보호자분께: 다음 사항을 반드시 읽고 숙지하십시오.

상기 내용을 주의해서 읽고 이해한 후 자녀의 예방접종 여부를 결정하시기 바랍니다. 예방접종을 받기로 결정한 경우 보호자 란에 서명을 해 주십시오. **귀하의 서명 없이는 자녀의 예방접종이 이루어지지 않습니다.**

예방접종을 희망하지 않은 경우에는 서명을 할 필요가 없습니다.

본인은 인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 관한 설명서를 읽었으며 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용의 발생 가능성, 예방접종 구제제도 등에 대해 이해했음을 확인합니다. 이러한 모든 요소를 고려하여 자녀의 예방접종에 동의하는 바입니다.

본인은 보호자의 예방접종에 대한 이해를 돕기 위한 목적으로 이 설명서가 작성되었음을 이해하였으며 행정기관에 이 양식을 제출하는 데 동의합니다.

보호자 서명: \_\_\_\_\_

주 소 \_\_\_\_\_

비상 연락처: \_\_\_\_\_

※ 본 양식은 인유두종 바이러스 감염증 예방접종에 보호자가 동반하지 않는 경우 필요한 것입니다. 보호자 동반 없이 자녀가 예방접종을 받으러 올 때는 반드시 이 예진표를 지참하도록 하십시오.

보호자의 서명이 없으면 예방접종을 받을 수 없습니다.



B형 간염 예방접종 예진표

		진찰 전 체온		도	
주소					
어린이 이름		M	생년월일	나이 (      년      월      일)	일생 개월)
보호자 이름		F			

질문 사항	답변		의사 기입란
	예	아니오	
오늘 받을 예방접종에 대한 설명서를 읽어보셨습니까(관할 행정기관에서 발송된 것)?	예	아니오	
자녀분의 발육상황에 대한 다음 질문에 답하십시오. 출생 시 체중      분만 시 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? (      )g 출산 후 자녀에게 이상한 점이 발견되었습니까? 신생아 건강 검진시 이상한 점이 발견되었습니까?	예	아니오	
현재 아픈 곳이 있습니까? 증상에 대해 구체적으로 기록해 주십시오. (      )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 질병에 걸린 적이 있습니까? 질병명(      )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 가족 또는 친구 중 홍역, 풍진, 수두, 유행성이하선염을 앓은 사람이 있습니까? 질병명(      )	예	아니오	
최근 한 달 이내에 예방접종을 받은 적이 있습니까? 예방접종 이름(      )	예	아니오	
출생 후부터 지금까지 선천성 이상, 심장, 신장, 간, 뇌신경 질환, 면역결핍증, 기타 질환에 걸려 의사의 진찰을 받은 적이 있습니까? 질병명(      )	예	아니오	
그렇다면 상기 질병의 치료를 담당하고 있는 의사가 오늘 예방접종에 동의했습니까?	예	아니오	
과거에 발작 증세(경련 또는 졸도)를 보인 적이 있습니까? 그렇다면 몇 세에 이 증상이 나타났습니까?(      )세 경	예	아니오	
앞의 질문에 "예"라고 답한 경우 그 당시 발열이 있었습니까?	예	아니오	
약물 또는 식품으로 인해 피부에 발진이나 두드러기(염증 등)가 나타나거나 아픈 적이 있었습니까?	예	아니오	
라텍스 과민증*입니까?	예	아니오	
가족 또는 친지 중 선천성 면역결핍증을 갖고 있는 사람이 있습니까?	예	아니오	
과거에 예방접종을 받고 몸 상태가 안 좋아진 적이 있습니까? 예방접종 이름(      )	예	아니오	
가족이나 친지 중 예방접종을 받고 심각한 반응을 일으킨 사람이 있습니까?	예	아니오	
지난 6개월 동안 수혈 또는 감마글로불린 주사를 맞은 적이 있습니까?	예	아니오	
모자 감염 예방으로 출생 후에 B형 간염 백신 접종을 받은 적이 있습니까?	예	아니오	
오늘 받을 예방접종에 대해 질문이 있으십니까?	예	아니오	
의사 기입란 이상의 문진 및 진찰 결과 오늘 예방접종을 (실시할 수 있다 / 연기하는 것이 좋다) 라고 판단하였습니다. 보호자에게 예방접종의 효과 및 부작용, 예방접종 건강피해 구제제도에 대해 설명하였습니다. 의사 서명 또는 기명 날인			

의사의 진찰, 설명을 듣고 예방접종의 효과와 목적, 심각한 부작용 가능성, 예방접종 건강피해 구제제도 등에 대해 이해하였으며 이를 토대로 오늘의 예방접종에 (동의합니다./ 동의하지 않습니다)\*. \*원하는 항목에 동그라미로 표시하십시오. 이 예진표는 예방접종의 안전성 확보를 목적으로 만들어졌습니다. 이를 이해하고 이 예진표가 행정기관에 제출되는 것에 동의합니다.

보호자 서명:

백신 이름	투여량	접종 기관/의사 이름/접종 날짜
백신 이름 로트 번호 [주의] 백신의 유효기간이 지나지 않았는지 반드시 확인하십시오.	* (피하 주사)  mL	기관: 의사 이름: 접종 날짜:      /      /      (d/m/y)

(주) 라텍스 과민증이란 천연 고무제품에 대한 즉각형 과민증입니다. 라텍스로 된 장갑을 사용할 때 알레르기 반응을 보일 경우 의심할 수 있습니다. 또한 라텍스와 교차 반응이 있는 과일 등(바나나, 밤, 키위, 아보가도 멜론 등)에 알레르기가 있는 경우에는 상담하십시오.