

KAMA – Covid19 Vaccine 을 위한 Information

Patient Full Name (이름): _____

Date of Birth (생년월일): _____

Address (주소): _____

Phone Number (전화번호): _____

Insurance Information (보험정보)

HMO _____ PPO _____ No Insurance _____

Health Plan (보험회사 이름): _____

Member ID (보험회사 아이디): _____

Group Number (그룹번호): _____

Primary Subscriber (보험가입자): _____

Insurance Phone Number (보험회사 전화): _____

Prescribing Doctor's Name (처방의사): _____

Date (날자) : _____

Signature (서명) : _____

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.

환자 이름 _____

연령 _____

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? <input type="checkbox"/> 화이자 (Pfizer) <input type="checkbox"/> 모더나 (Moderna) <input type="checkbox"/> 얀센(Janssen, Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> 다른 의약품 _____ 			
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, 4시간 이내에 발생했으며 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)			
<ul style="list-style-type: none"> COVID-19 백신의 성분에는 다음 중 하나가 포함됩니다. <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. 여러 성분이 포함된 백신 또는 주사 요법, 그 중 하나는 COVID-19 백신 성분이지만, 어떤 성분이 즉각적인 반응을 유도했는지는 알려져 있지 않습니다. 			
4. 다른 백신(COVID-19 백신 제외) 또는 주사약에 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, 4시간 이내에 발생했으며 두드러기, 부종 또는 천명을 포함한 호흡곤란을 유발한 알레르기 반응이 포함될 수 있습니다.)			
5. COVID-19 백신 성분 또는 백신 또는 주사약이 아닌 다른 것에 심각한 알레르기 반응(예: 아나필락시스)이 있었던 적이 있습니까? 여기에는 음식, 애완동물, 독액, 환경요소 또는 경구 의약품 알레르기가 포함될 수 있습니다.			
6. 최근 14일 동안 어떤 백신이라도 맞은 적이 있습니까?			
7. COVID-19 검사에서 양성 반응이었거나 의사가 COVID-19에 걸렸다고 말한 적이 있습니까?			
8. COVID-19 치료로 수동적 항체 요법(단클론항체 또는 회복기 혈청)을 받은 적이 있습니까?			
9. HIV 감염이나 암 등으로 인해 면역계가 약해졌거나 면역억제제 또는 요법을 받고 있습니까?			
10. 출혈성 질병이 있거나 항혈전제를 복용 중입니까?			
11. 임신 또는 모유 수유 중입니까?			
12. 피부에 필러 시술을 했습니까?			

양식 검토자: _____

날짜 _____