

예방접종 실시 기록 및 보고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

예방접종 대상자	성명		주민등록번호	
			실제 생년월일	
	① 자녀구분		② 전화번호	
	③ 보호자 성명		④ 보호자 주민등록번호	
	주소 (우편번호 :)			

예방접종 내용	접종명	☐ DTaP ☐ Tdap ☐ Td ☐ DTaP-IPV ☐ DTaP-IPV/Hib ☐ 폴리오 ☐ MMR ☐ BCG(피내) ☐ B형간염 ☐ 수두 ☐ 일본뇌염(사백신) ☐ 일본뇌염(생백신) ☐ b형 헤모필루스 인플루엔자 ☐ 폐렴구균 ☐ 인플루엔자 ☐ A형간염 ☐ 사람유두종바이러스감염증 ☐ 그룹A형 로타바이러스 감염증 ☐ 법 제24조제1항제18호에 따라 질병관리청장이 지정하는 감염병() ☐ 법 제25조제1항에 따라 임시에방접종을 하는 감염병()		
	접종차수	☐ 1차 ☐ 2차 ☐ 3차 ☐ 4차 ☐ 5차 ☐ 6차		
	접종일		백신 제조번호	
	백신명		제조사	
	⑤ 접종방법		⑥ 접종부위/ 용량	
	예진의사명	(서명 또는 날인)	면허번호	
	접종자명	(서명 또는 날인)		
	⑦ 의학적 소견			

⑧ 필수 예방접종 사 전알림동의	동의 ☐ 동의하지 않음 ☐		
-------------------------	--	--	--

해당 사항이 있는 경우 기록 (기관정보)	요양기관번호		전화번호	
	주소 (우편번호)			

보고기관명		보고기관장	
-------	--	-------	--

작성방법

- ① 출생신고 이전의 신생아 또는 쌍둥이의 경우 보호자의 몇 번째 자녀인지 적습니다.
- ② 유선 또는 보호자 휴대전화번호를 적습니다. ③, ④ 출생신고 이전 신생아의 경우 적습니다.
- ⑤ 근육주사, 피내주사, 피하주사, 경구 접종 등 접종방법을 적습니다.
- ⑥ 삼각근, 위팔 외측면, 넓적다리 전외측 등 접종부위를 적습니다.
- ⑦ 중복접종, 이른 접종 등 표준 예방접종 일정에 따르지 않은 접종이 필요한 의학적 소견을 적습니다.
- ⑧ 필수예방접종 대상 아동 부모가 다음 예방접종일의 사전알림을 희망하는 경우 전화번호란에 부모의 휴대전화번호를 적습니다.
- ①, ③, ④, ⑧은 만 12세 이하 예방접종 대상자의 경우 적습니다.