

코로나19 예방접종 문진표
(면역저하자 코로나19 예방접종)



본 문진표는 만12세 이상(접종일 기준)의 면역저하자환자가 코로나19 예방접종을 하는 경우, 접종 대상자에 해당하는 질환인지를 확인하여 안전하고 효과적인 접종이 이루어지도록 하기 위한 중요한 자료이므로 정확하게 작성하여 주시기 바랍니다.

성 명		주민등록번호(외국인등록번호)	-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)		
면역저하자 질환 확인 사항				
▷ 다음 중 현재 귀하에게 해당하는 사항이 있습니까? (과거에 해당했으나 현재는 해당하지 않는 경우는 표기하지 않음)				
▪ 중앙 또는 혈액암으로 인한 항암 치료 중				<input type="checkbox"/>
▪ 장기이식 수술 후 면역억제제 복용				<input type="checkbox"/>
▪ 조혈모세포 이식 후 2년 이내 혹은 2년 이상 경과 후 면역억제제 치료 중				<input type="checkbox"/>
▪ 일차(선천)면역결핍증(항체결핍, DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome 등)				<input type="checkbox"/>
▪ 고용량의 코르티코스테로이드 또는 면역을 억제할 수 있는 약물 치료 중				<input type="checkbox"/>
▪ 상기 기준에 준하는 면역저하자환(이 항목은 의사와 상의 후 표기)				
<input type="checkbox"/> 질환명: _____				
▷ 본인은 상기 표기 사항이 사실임을 확인합니다.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
본인(법정대리인, 보호자) 성명 :		(서명)	접종대상자와의 관계 :	
			년	월
				일