

# 어린이 국가예방접종사업 안내

## Bolalarni emlash bo'yicha davlat dasturi haqida ma'lumot

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

Emlash bu – emlash zarur yuqumli kasalliklardan bolalarni himoya qiluvchi, xavfsiz va samarali usul sanalib, bolalarni yuqumli kasalliklardan saqlash maqsadida davlat tomonidan emlash xarajatlari to'liqligicha qoplanib kelinmoqda.

### » 국가예방접종 지원백신 Davlat tomonidan qilinadigan emlash uchun vaksinalar

대상감염병 To'g'ishli yuqumli kasalliklar	백신종류 및 방법 Vaksina turi va usuli	회수 Soni	출생~1개월 이내 Yangi tug'ulgan - 1oylik ichida	1개월 1oylik	2개월 2oylik	4개월 4oylik	6개월 6oylik	12개월 12oylik	15개월 15oylik	18개월 18oylik	19~23개월 19-23 oylik	24~35개월 24-35 oylik	만 4세 4yoshdan kichik	만 6세 6yoshdan kichik	만 11세 11yoshdan kichik	만 12세 12yoshdan kichik
B형간염 Gepati B	HepB	3	HepB 1H HepB 1-bosqich	HepB 2H HepB 2-bosqich			HepB 3H HepB 3-bosqich									
결핵 SIL	BCG(피내용) Yeri o'chkarisidan	1	BCG 1H BCG 1marta													
디프테리아 Difteriya	DTaP	5		DTaP 1H DTaP 1-bosqich	DTaP 2H DTaP 2-bosqich	DTaP 3H DTaP 3-bosqich	DTaP 3H DTaP 3-bosqich		DTaP 4H DTaP 4-bosqich				DTaP 5H DTaP 5-bosqich			
파상풍 Coqshol	Tdap/Td	1														Tdap/Td 5H Tdap/Td 5-bosqich
폴리오 Poliomieli	IPV	4		IPV 1H 1-bosqich	IPV 2H 2-bosqich			IPV 3H 3-bosqich					IPV 4H IPV 4-bosqich			
b형해오필루스인플루엔자 Genoill gripping B turi	Hib	4		Hib 1H 1-bosqich	Hib 2H 2-bosqich	Hib 3H 3-bosqich	Hib 4H 4-bosqich									
폐렴구균 Pnevmoniya	PCV	4		PCV 1H 1-bosqich	PCV 2H 2-bosqich	PCV 3H 3-bosqich	PCV 4H 4-bosqich									
PPSV	PPSV	-														고위험군에 한하여 접종. Faqat yuqori xavfga ega bolalar uchun emlash amalga oshirilib,
로타바이러스 감염증 Rotavirus yuqumli kasalligi	RV1 RV5	2 3		RV 1H RV 1-bosqich	RV 2H RV 2-bosqich	RV 3H RV 3-bosqich	RV 3H RV 3-bosqich									
홍역 Qizmiq	MMR	2						MMR 1H MMR 1-bosqich					MMR 2H MMR 2-bosqich			
유행성 이하선염 Epidemik parotit	VAR	1						VAR 1H VAR 1-bosqich								
수두 Suvechekak	VAR	1						VAR 1H VAR 1-bosqich								
A형간염 Yapon ensefaliti	HepA	2							HepA 1-2H HepA 1-2-bosqich							
일본뇌염 Yapon ensefaliti	IJEV LJEV	5 2							IJEV 1-2H LJEV 1-2-bosqich			IJEV 3H LJEV 3-bosqich		IJEV 4H LJEV 4-bosqich		IJEV 5H LJEV 5-bosqich
사람유두종바이러스 감염증 Papillomavirus yuqumli kasalligi	HPV	2							LJEV 1H LJEV 1-bosqich							HPV 1-2H HPV 1-2-bosqich
인플루엔자 Gripp	IIV	-														IIV 4H IIV 4-bosqich

### » 무료 접종 지정 의료기관 Bepul emlash xizmatini ko'rsatadigan tibbiy muassasalar

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Belgilangan tibbiy muassasalarni emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazi (<https://nip.kdca.go.kr>) orqali aniqlash mumkin.
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* Belgilangan tibbiy muassasaga tashrif buyurishdan oldin ushbu muassasada o'tkaziladigan emlash turlarini aniqlash lozim.
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* Belgilangan tibbiy muassasa to'g'risidagi ma'lumotlar koreys tilida taqdim etiladi.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Ilojsiz sababga ko'ra tug'ilganlik to'g'risida xabar berish loydan ortiq muddatga kechikkan bo'lsa hududiy sog'liqni saqlash bo'limi tomonidan emlash uchun "vaqtinchalik nazorat raqami" berilsa, bepul emlash xizmatidan foydalanish mumkin.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Emlash muassasasida elektron ro'yxatdan o'tkazilgan farzandlarining emlanganligi to'g'risidagi qaydlarni emlash bo'yicha yordamchi tashkilot Nuri markazi yoki mobil dasturlar orqali aniqlash mumkin. Emlash to'liqligicha o'tkazilmagan holatda, yaqin atrofda joylashgan sog'liqni saqlash bo'limi yoki belgilangan tibbiy muassasaga tashrif buyurib bepul emlashdan o'tish so'raladi. Agar emlashdan to'liq o'tkazilgan bo'lishiga qaramasdan, elektron ro'yxatdan o'tkazilmagan bo'lsa, emlash o'tkazilgan muassasada elektron ro'yxatdan o'tkazishni talab qilishingizni so'raymiz. (Xizmat faqat koreys tilida ko'rsatiladi.)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- Qo'shimcha ma'lumot olish uchun Nuri markazining internet sayti va mobil ilovasi yoki qo'ng'iroq qilish orqali murojaat qilish mumkin.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366

Nuri markazi: <https://nip.kdca.go.kr> | TEL: 043-719-8398~8399 | Danuri yordam markazi: 1577-1366

# Emlash tartibi haqida ma'lumotnoma

(Multi madaniyatli oila vakili uchun)

1. Ona tilinggizda yozilgan emlash uchun tashxis varaqasiga qarab, koreys tilida yozilgan emlash uchun tashxis varaqasini to'ldiring.

## <Emlash uchun tashxis varaqasini to'ldirayotganda e'tibor talab etiladigan holatlar>

- Farzandingizning ism-familiyasini koreys yoki ingliz tilida yozing.
- Fuqarolik ID kartasi (chet ellik ID kartasi) raqamini yozing. Fuqarolik ID kartasi (chet ellik ID kartasi) raqami mavjud bo'lmagan holatda, hududiy sog'liqni saqlash bo'limi tomonidan berilgan emlash uchun vaqtinchalik nazorat raqami yoziladi.
- Fuqarolik ID kartasida keltirilgan tug'ilgan vaqti to'g'risidagi ma'lumot haqiqiy sanadan farq qilgan holatda tegishli katakka haqiqiy ma'lumot yoziladi.
  - \* Emlash kuni haqiqiy tug'ilgan sanaga ko'ra belgilanishi sababli, haqiqiy tug'ilgan vaqti boshqacha bo'lgan holatda haqiqiy tug'ilgan vaqtini tasdiqlovchi hujjat (tug'ilganlik haqida guvoohnoma kabi)ni taqdim etgan holda yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash bo'limiga ma'lumotni o'zgartirish bo'yicha ariza bering.
- Bugun og'rikan joyingizda quyidagi simptomlar kuzatilsa, quyidagilarga asoslanib so'rovnomani to'ldiring.

1. Isitma    2. Yo'tal    3. Tomoq og'rish(shish)    4. Ich ketish    5. Oshqozon og'rig'i  
6. Ko'ngil aynishi    7. Bosh og'rig'i    8. Holsizlik    9. Boshqalar

2. Farzandingizni ismi chaqirilmaganiga qadar davolash xonasi oldida biroz kutib turing.
3. (Emlashdan oldin) Ilgari farzandingiz shunga o'xshash emlash olganligini emlash qaydnomasi orqali aniqlab ko'ring.
  - ※ Tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokor farzandingizning oldingi emlash tarixini elektron tizim orqali aniqlashi mumkin.
  - ※ Farzandingiz emlaganligi qayd etiladigan emlash sertifikatini yoki daftarcha yoningizda bo'lsa tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokorga taqdim eting.
4. (Emlashdan oldin) Tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokor maslahati va nojo'ya ta'sirlar to'g'risidagi tushuntirishlarini diqqat bilan tinglang.
  - ※ Koreys tilini tushunish bilan bog'liq muammo yuzaga kelganda, ona tilinggizda yozilgan emlash haqida ma'lumotnoma (VIS) nusxasini tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokordan talab qiling va ushbu ma'lumotnomada keltirilgan "Emlashdan so'ng e'tibor beriladigan holatlar va nojo'ya ta'sir" haqida diqqat bilan o'qib chiqing.
5. (Emlash paytida) Tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokor emlashni havfsiz amalga oshirishi uchun farzandingiz yosh bo'lsa, tizzangizga o'tqazib qo'lingiz bilan mahkam quchoqlab turing.
6. (Emlash paytida) Emlashdan oldin yoki keyin e'tibor talab etiladigan holatlar haqida diqqat bilan tinglab, emlashdan o'ting.
7. (Emlashdan so'ng) Bolaning keyin emlash sanasi tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokor bilan maslahatlashgan holda belgilanadi.
  - \* Tashxis varaqasi yozilayotganda "Mobil telefon raqamini ko'rsatish va xabar qabul qilishga rozilik" bildirib tibbiy ko'rik o'tkazuvchi shifokorga tanlangan til haqida aytilsa, navbatdagi emlash kunidan boshlab koreys tilidan tashqari boshqa tanlangan tilda "Navbatdagi emlash turi va emlash sanasi" haqidagi ma'lumot xabar orqali jo'natiladi.
  - Tilni tanlashda boshqa vakilning telefon raqamini kiritsangiz "Navbatdagi emlash turi va emlash sanasi" haqidagi ma'lumot xabar(SMS) birga yuboriladi.
8. (Emlashdan so'ng) Kasalxonada 20-30 daqiqa davomida kutib, nojo'ya ta'siri yo'qligi kuzatiladi.
9. (Uyga kelgandan so'ng) Eng kamida 3soatdan ortiq vaqt davomida jiddiy e'tibor bilan simptomlar kuzatilib, isitma yoki tanada noodatiy belgilar paydo bo'lsa, darhol shifokor tomonidan kerakli muolaja amalga oshiriladi.

Emlash bilan bog'liq tarjimon kerak bo'lganda Danuri yordam markazi

(☎ 1577-1366)ga qo'ng'iroq qilinsa yordam olish mumkin.

# Emlash bo'yicha tashxis varaqasi

Xavfsiz emlash uchun quyidagi savollarni diqqat bilan o'qib ko'rib, o'zinggiz (qonuniy vakil, vasiy) tasdiqlash katagiga belgilashinggizni so'raymiz.

Ism-familiya		Fuqarolik ID kartasi raqami	-	( <input type="checkbox"/> Erkak <input type="checkbox"/> Ayol)
Haqiqiy tug'ilgan vaqti		Chet ellik ID kartasi raqami	-	( <input type="checkbox"/> Erkak <input type="checkbox"/> Ayol)
Telefon raqami	(Uy)	(Mobil telefon raqami)	Vazni	kg

Emlash uchun kerak bo'ladigan shaxsiy ma'lumotlardan foydalanish to'g'risidagi shaxsning roziligi	Emlanuvchi (qonuniy vakil,vasiy) Tasdiqlandi <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

“Yuqumli kasalliklarning oldini olish va nazorat qilish to'g'risidagi” qonunning 32-moddasi va ushbu qonunni amalga oshirish Qoidalar 32-moddasi 3-bandiga ko'ra fuqarolik ID kartasi raqami kabi shaxsiy ma'lumotlar yig'iladi. Qo'shimcha sifatida yig'iladiganlar quyidagilarni tashkil qiladi.

- Shaxsiy ma'lumotlarni yig'ish va ulardan foydalanish maqsadi: Majburiy emlashning keyingi bosqichi va tugallanganligi, emlashdan so'ng nojo'ya ta'sir to'g'risida xabar jo'natish
- Shaxsiy ma'lumotlarni yig'ish va foydalanish bandleri : (Fuqarolik ID kartasi raqami), telefon raqami (uy/mobil)
- Shaxsiy ma'lumotlarni saqlash va foydalanish muddati : 5yil

Emlash qilinishidan oldin emlashni nazorat qilish tizimi orqali oldindan emlanuvchining emlanish tarixi haqidagi ma'lumotni aniqlanishiga roziman. * Emlanish tarixi haqidagi ma'lumotni oldindan aniqlanishiga rozilik berilmagan holatda, keraksiz qo'shimcha emlash o'tkazilishi mumkin.	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
--	---

Navbatdagi majburiy emlash va emlashning to'liq qilinganligi haqidagi ma'lumotni mobil telefon orqali xabar jo'natilishiga roziman. * Xabar qabul qilinishiga rozilik berilmagan holatda, rozilik berilmagan holatlar haqidagi xabarni qabul qilish imkoniyati mavjud emas.	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
--	---

Emlash o'tkazilganidan so'ng nojo'ya ta'sirlar haqidagi xabarni mobil telefon orqali qabul qilishga roziman. * Telefon orqali xabar qabul qilishga rozi bo'lmaganda, rozilik berilmagan holatlar haqidagi xabarni qabul qilish imkoniyati mavjud emas.	
---	--

Emlanuvchi shaxs haqidagi ma'lumot	Emlanuvchi (qonuniy vakil,vasiy) Tasdiqlandi <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------------	--

Bugun qayeringiz og'riyapti? Og'riq belgilari haqida yozing. ( )	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

Dori,ovqat (tuxum ham) yoki emlashdan so'ng teringizda toshma yoki allergik simptomlar kuzatilganmi?	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
--	---

Ilgari emlashdan so'ng nojo'ya ta'sirlar kuzatilganmi? Bo'lgan bo'lsa emlash turini yozing. (Emlash turi : )	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

Tug'ma nogiron, astma va o'pka, yurak, buyrak, jigar kasalliklari, diabet, endokrinologik kasalliklar, qon-tomir kasalliklariga qarshi ilgari davolanganmisiz? Davolangan bo'lsangiz ushbu kasallikning nomini yozing. ( )	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

Spazm asoratlari yoki asab tizimi(Giyena-Barre sindromi)kasalliklariga chalinganmisiz?	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
--	---

Saraton, leykemiya, immunitet tizimi bilan bog'liq kasalliklarga chalinganmisiz? Chalingan bo'lsangiz kasallik nomini yozing. (Kasallik nomi : )	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

Oxirgi 3oy ichida steroid, saratonga qarshi dorilar, nur terapiya orqali davolanganmisiz?	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

Oxirgi 1yil ichida transfuziya yoki immunoglobulin kabilardan qabul qilganmisiz?	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
--	---

Oxirgi 1oy ichida emlash olganmisiz? Olgan bo'lsangiz emlash turini yozing. (Emlash turi : )	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

(Ayollar uchun) Hozirda homiladormisiz yoki keyingi 1oy ichida homilador bo'lish ehtimoli mavjudmi?	<input type="checkbox"/> Ha <input type="checkbox"/> Yo'q
---	---

Emlanuvchi(qonuniy vakil, vasiy) ism-familiyasi : (Imzo) Emlanuvchi bilan bog'liqligi :  
\* (Emlanuvchi yangi tug'ilgan chaqaloq bo'lgan holatda qonuniy vakilning fuqarolik ID kartasi raqami - )  
yil oy kun

Shifokorning tashxis xulosasi (Shifokor tomonidan to'ldiriladi)	Tasdiqlash <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

Tana harorati : °C	Emlashdan kuzatiladigan nojo'ya ta'sirlar haqida tushuntirdim.	<input type="checkbox"/>
--------------------	--	--------------------------

Nojo'ya ta'sirlarni kuzatish maqsadida emlashdan so'ng 20-30daqqa davomida emlash muassasasida kutib turish kerakligini tushuntirdim.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Shifokor so'rovnomasining natijasi :

Yuqoridagi so'rovnoma va tashxis xulosasiga ko'ra emlash mumkin. Shifokor ism-familiyasi : (Imzo)



# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

## Farzandinggizning emlash haqidagi qaydlarni tekshiring.

### ■ Emlash haqidagi qaydlarni elektron tizim orqali ro'yxatdan o'tkazilganda qanday afzalliklar mavjud?

#### 1. Farzandinggizning emlash qaydlari haqida Nuri markazi (<https://nip.kdca.go.kr>) yoki mobil ilovasi orqali aniqlashingiz mumkin.

- Nuri markazi (<https://nip.kdca.go.kr>)ga a'zo bo'lib, farzandinggizni ro'yxatdan o'tkazishingiz mumkin.
  - Nuri markazi sahifasiga kirish → [Emlashni nazorat qilish] → [Bolalarning emlanishini nazorat qilish] → [Bola haqidagi ma'lumotlarni kiritish]
- Ro'yxatdan o'tgan bolaning emlash qaydlari haqida quyidagi usulda ma'lumot olish mumkin.
  - Nuri markazi → [Emlash nazorati] → [Bolalarni emlash nazorati] → [Chaqaloqlarni emlash qaydlari]
- ※ Emlash to'g'risidagi qaydlar ro'yxatga olinmagan bo'lsa, emlashni amalga oshirgan muassasada elektron ro'yxatdan o'ting.
- ※ Emlash xaritasi bolaning tegish vakili tomonidan ehtiyotkorlik bilan saqlanishi kerak. Aks holda emlash o'tkazilganligini tasdiqlashning imkoniyati yo'q.

#### 2. Emlanganligi haqida tasdiqlovchi hujjatni onlayn tartibda bepul olish mumkin. (koreys va ingliz tilida)

- Nuri markazi sahifasiga kirish → [Emlashni nazorat qilish] → [Xalq murojaati elektron xizmati] → [Emlanganligi haqida tasdiqlovchi hujjat]

#### 3. Farzandinggizning navbatdagi emlash kunini esdan chiqarmasligingiz uchun xabar qilamiz.

- Shifokorga ota-ona(vasiy)ning mobil telefon raqamini bersangiz, navbatdagi majburiy emlash kuni haqidagi xabar sizga jo'natiladi.
- Agar boshqa chet tilida muloqot qilmoqchi bo'lsangiz bu haqida emlashni amalga oshiruvchi muassasaga bildiring. Koreys tilida va siz so'ragan tilda xabar jo'natiladi. Navbatdagi emlash to'g'risida xabar qabul qilishi mumkin bo'lgan boshqa vakilning telefon raqamini qo'shish mumkin.

### ■ Chet davlatda emlash olgan bolaning emlanganligini tasdiqlovchi hujjatni tegishli davlatdan o'zingiz bilan olib keling

Chet davlatda uzoq vaqt davomida istiqomat qilganingizdan so'ng, davlatdan chiqishingizdan oldin ingliz tilida yozilgan emlanganligini tasdiqlovchi hujjat yoki emlash muassasasining muhri, rasmiy imzosi bilan tasdiqlangan hujjatni o'zingiz bilan olib kelib, yaqin atrofda joylashgan sog'liqni saqlash bo'limida elektron ro'yxatdan o'tkazing.

Koreya Respublikasida jamoa bo'lib yashaydigan bolalar, o'quvchilarni yuqumli kasalliklarga chalinishini oldini olish va sog'ligini saqlash maqsadida maktabgacha ta'lim muassasasi, boshlang'ich, o'rta ta'lim maktablariga qabul qilish oldidan, emlanganligini tasdiqlovchi hujjat taqdim etiladi va shu asosda emlashdan to'liq o'tkazilganligi aniqlanadi.

Kasallikni nazorat qilish boshqarmasida elektron ro'yxatdan o'tilganda, emlanganligini tasdiqlovchi hujjat maktabgacha ta'lim muassasasi yoki maktabga taqdim etilmaydi.

\* Asos: "Yuqimli kasalliklarni oldini olish va nazorat qilish to'g'risidagi" qonunning 31-moddasi, "Maktablarda sog'liqni saqlash to'g'risidagi" qonunning 10-moddasi, "Bolalar parvarishi to'g'risidagi" qonunning 31-moddasi 3-bandi

# Davlat emlash dasturi

## 국가예방접종 사업안내

### » Bolalar uchun davlat emlash dasturi

Emlash zarur yuqumli kasalliklardan aholini himoya qilish uchun majburiy emlash xarajatlarini davlat to'liq ta'minlaydi.

- Toifaga kiruvchilar: 12 yoshgacha bo'lgan bolalar
  - ※ Toifaga kiruvchilarni bilish uchun yaqin poliklinika yoki belgilangan tibbiyot muassasasiga murojaat qiling.
- Ta'minlanadigan vaksinalar: 18 xil

Sil (BCG, qonga), gepatit B (HepB), difteriya / qoqshol / ko'kyo'tal (DTaP), qoqshol / difteriya (Td), qoqshol / difteriya / ko'kyo'tal (Tdap), poliomielit (IPV), difteriya / qoqshol / ko'kyo'tal / poliomielit (DTaP-IPV), difteriya / qoqshol / ko'kyo'tal / poliomielit / b turdagi gemofil infeksiyasi(DTaP-IPV/Hib), b turdagi gemofil infeksiyasi(Hib), pnevmokokk (PCV), qizamiq / svinka / nemis qizamiq'i(qizilcha)(MMR), suvchechak(VAR), gepatit A (HepA), yapon ensefalitiga qarshi vaksina (IJEV), yapon entsefaliti uchun kuchaytirilgan jonli vaksina (LJEV), odam papillomasi virusi (HPV), gripp (IIV), rotarivirus(RV)

- ※ Qonga qilinadigan BCG, Gepatit A, pnevmokokk, b turdagi gemofil infeksiyasi(Hib) kabi ba'zi vaksinalar bilan ta'minlanadigan yosh chegaralangan.
- Gepatit B perinatal infeksiyasining oldini olish dasturi
  - ※ Belgilangan tibbiyot muassasasini aniqlash: Emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazi(<https://nip.kdca.go.kr>) orqali aniqlash mumkin. Poliklinika: Tashrif buyurishdan oldin emlash mumkin yoki yo'qligini aniqlash lozim.

### » Gepatit B perinatal infeksiyasining oldini olish dasturi

Gepatit B musbat natija bergan onadan tug'ilgan chaqaloqda Gepatit B perinatal infeksiyasining oldini olish uchun tug'ilganda immunoglobulin yuborish, gepatit Bga qarshi emlash va antigen/antitana testi xarajatlari to'liq ta'minlanadi.

- Toifaga kiruvchilar:
  - Gepatit B yuzasidagi antigen(HBsAg) yoki "e" antigen(HBeAg) musbat natija bergan onadan tug'ilgan chaqaloqlar orasidan onaning homiladorlik paytida tug'riqdan oldingi ko'rik natijalari varaqasi\*ni topshirgan va shaxsiy ma'lumotlarni taqdim etishga rozilik bildirganlar
  - ※ Homiladorlik payti yoki tuqqandan keyin 7 kun ichida topshirgan yuzadagi antigen(HBsAg) yoki "e" antigen(HBeAg) testdan musbat natija
- Yordam mazmuni:
  - 1 martalik immunoglobulin(tug'ilganda), 3 marta bazaviy emlash(0, 1, 6 oy), va bazaviy emlashdan so'ng 1 marta gepatit B antigen/antitana testi xarajatlari to'liq ta'minlanadi.
  - ※ 1-bosqich antigen-antitana test natijasiga qarab qayta emlash(3 martagacha) va takroriy test(2 martagacha) xarajatlari bilan qo'shimcha ta'minlanadi.
  - ※ Belgilangan tibbiyot muassasasini aniqlash: Emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazi(<https://nip.kdca.go.kr>) orqali aniqlash mumkin. Poliklinika: Tashrif buyurishdan oldin emlash mumkin yoki yo'qligini aniqlash lozim.

# Davlat emlash dasturi

## 국가예방접종 지원사업

### » Odam papillomasi virusi(HPV)ga qarshi davlat emlash dasturi

Odam papillomasi virusi(HPV) yuqishi orqali hosil bo'ladigan bachadon bo'yni saratoni kabi saraton kasalligi oldini olish uchun emlash xarajati ta'minlanadi.

- Toifaga kiruvchilar: 12~17 yoshdag o'smir qizlar, 18~26 yoshdagi kam taminlangan\* ayollar
  - ※ “Minimal turmush sharoitini ta'minlash bo'yicha qonun”da ko'rsatilgan minimal turmush sharoitini ta'minlash dasturi bo'yicha nafaqa oluvchi va iqtisodiy tomondan qiyin ahvoldagi oila (daromadi o'rtacha daromadning 50%idan past)
- Yordam mazmuni: Odam papillomasi virusi(HPV)ga qarshi 2~3 marta emlash
  - \* Ilk emlash yoshi bo'yicha 12~14 yoshda 2 marta, 15 yoshdan oshganlarga 3 marta
  - \* 12 yoshdan oshgan o'smir qizlar emlanganda tibbiy maslahat taqdim etiladi.
- Ta'minlanadigan vaktinalar: Gardasil (HPV4), Servariks(Cervarix) (HPV2)
- Emlash muassasasi: Yaqindagi belgilangan tibbiyot muassasasi yoki poliklinika
  - ※ Belgilangan tibbiyot muassasasini aniqlash: Emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazi(<https://nip.kdca.go.kr>) orqali aniqlash mumkin.
  - Poliklinika: Tashrif buyurishdan oldin emlash mumkin yoki yo'qligini aniqlash lozim.

### » Grippga qarshi davlat emlash dasturi

Grippga chalinganda asoratlar paydo bo'lish xavfi yuqori bo'lgan keksalar, homilador ayollar va jamoaviy tarzda yashaydigan yosh bolalarda gripp profilaktikasi va hududga tarqalishining oldini olish uchun emlash xarajatlari to'liq taminlanadi.

- Toifaga kiruvchilar: 6 oydan 13 yoshgacha bo'lgan yosh bolalar, homilador ayollar, 65 yoshdan kattalar
- Yordam mazmuni: Grippga qarshi 4ga emlash, 1 marta
- Emlash muassasasi: Yaqindagi belgilangan tibbiyot muassasasi yoki poliklinika
  - ※ Belgilangan tibbiyot muassasasini aniqlash: Emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazi(<https://nip.kdca.go.kr>) orqali aniqlash mumkin.
  - Poliklinika: Tashrif buyurishdan oldin emlash mumkin yoki yo'qligini aniqlash lozim.

## Boshlang'ich va o'rta maktabga qabul qilingan o'quvchilar emlanganligini aniqlash dasturi

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

## » Boshlang'ich va o'rta maktabga qabul qilingan o'quvchilar emlanganligini aniqlash dasturi

Jamoaviy tarzda hayot kechiradigan yosh bolalar yuqumli kasalliklar tarqalishida zaif qatlam bo'lganligi bois, boshlang'ich va o'rta maktabga qabul qilingan o'quvchilarning umumiy immunitetini oshirish maqsadida emlanganligini\* aniqlab, emlanmaganlar nazorat va ro'yxatdan o'tishga chaqiriladi.

\* 「Yuqumli kasalliklarning oldini olish va nazorat qilsish to'g'risida qonun」 ning 31-moddasi. 「Maktabdagi salomatlik to'g'risidagi qonun」 ning 10-moddasi

● Loyiha kimlar uchun: Boshlang'ich va o'rta maktabga boradigan barcha bolalar

● Anishlash dašturiga tushadigan emlash turlari

- (Boshlang'ich maktabga borishi kutilayotganlar) 4 yoshdan 6 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun 4 xil emlash DTaP 5-bosqich, IPV-4-bosqich, MMR 2-bosqich, yapon ensefaliti (faolsizlantiradigan vaksina 4-bosqich yoki kuchaytirilgan jonli vaksina 2-bosqich)

- (O'rta maktabga o'tishi kutilayotganlar) 11 yoshdan 12 yoshgacha 3 xil emlash Tdap (yoki Td) 6-bosqich, yapon ensefaliti (faolsizlantiradigan vaksina 5-bosqich yoki kuchaytirilgan jonli vaksina 2-bosqich), HPV 1-bosqich (o'quvchi qizlar uchun)

● Dašturni amalga oshirish usuli

Ta'lim vazirligining boshlang'ich va o'rta maktabga qabul qilingan o'quvchilar haqidagi ma'lumotlari va Kasalliklar nazorati agentligining emlash ma'lumotlari bilan bog'lagan holda aniqlash dašturiga tushadigan o'quvchilarning emlanganligini aniqlanadi va emlanmaganlar emlashga chaqiriladi.

※ Elektron ro'yxatdan o'tgan emlash tafsilotlarini emlash bo'yicha yordamchi Nuri markazidan tekshirish mumkin bo'lib, maktabga <Emlash sertifikatini>ni topshirish shart emas.

※ <Emlash taqiqlangan shaxslar> tashxis qo'ygan(emlagan) tibbiyot muassasidan <Emlashni taqiqlovchi sabablar>ni elektron ro'yxatdan o'tkazishini talab qilishi kerak. Lekin, tibbiyot muassasasi tomonidan <Emlashni taqiqlovchi sabablar>ni elektron ro'yxatdan o'tkazishning iloji bo'lmagan holatdagina <Emlashni taqiqlovchi sabablar> ko'rsatilgan tibbiy ma'lumotnoma olinib maktabga qabul qilingandan keyin topshiriladi.

## ▶ Emlash taqiqlangan shaxslar

- Vaksina tarkibiga nisbatan yoki oldingi emlashdan keyin kuchli allergik reaksiya (anafilaksiya) yuz bergan holat
- Ko'kyo'talga qarshi vaksina yuborilgandan so'ng 7 kun ichida sababi aniqlanmaydigan ensefalopatiya yuz bergan holat
- Immunitet tanqisligi bor shaxslar yoki immunosupressiv dori vositasini qabul qiluvchilar

\* Yuqori isitma, immunoglobulin yuborish kabi vaqtinchalik sabablar yoki tuxum allergiyasi, atopiya kabilar taqiqlovchi sabablarga kirmaydi.



# 어린이가 건강한 대한민국 (우즈베키스탄어) Bolalari sog'lom Koreya

## 표준예방접종일정표(2023) Emlash uchun standart taqvim(2023)

대상감염병 Tegishli yuqumli kasalliklar	백신종류 및 방법 Vaksina turi va usuli	회수 Soni	출생~1개월이나 Yangi tug'ilgan ~ 1oylikka qadar	1개월 1oylik	2개월 2oylik	4개월 4oylik	6개월 6oylik	12개월 12oylik	15개월 15oylik	18개월 18oylik	19~23개월 19-23 oylik	24~35개월 24-35 oylik	만 4세 4yoshidan kichik	만 6세 6yoshidan kichik	만 11세 11yoshidan kichik	만 12세 12yoshidan kichik
B형간염 Gepatit B	HepB	3	HepB 1ta HepB 1~bosqich	HepB 2ta HepB 2~bosqich			HepB 3ta HepB 3~bosqich									
결핵 Sii	BCG(피내용) (Terichkarisidan)	1	BCG 1ta BCG 1marta													
디프테리아 Difteriya	DTaP	5	DTaP 1ta DTaP 1~bosqich	DTaP 2ta DTaP 2~bosqich	DTaP 2ta DTaP 2~bosqich	DTaP 2ta DTaP 2~bosqich	DTaP 3ta DTaP 3~bosqich	DTaP 4ta DTaP 4~bosqich	DTaP 4ta DTaP 4~bosqich				DTaP 5ta DTaP 5~bosqich			
파상풍 Qoqshol	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6ta Tdap/Td 6~bosqich
백일해 Ko'k yot'al		1														
폴리오 Poliomelit	IPV	4	IPV 1ta 1~bosqich	IPV 2ta 2~bosqich	IPV 2ta 2~bosqich	IPV 2ta 2~bosqich	IPV 3ta 3~bosqich	IPV 3ta 3~bosqich					IPV 4ta IPV 4~bosqich			
b형헤모필루스 in플루엔자 Gemofil grippning B turi	Hib	4	Hib 1~bosqich	Hib 2ta 2~bosqich	Hib 2ta 2~bosqich	Hib 3ta 3~bosqich	Hib 3ta 3~bosqich	Hib 4ta 4~bosqich								
페렴구균 Pnevmoniya	PCV	4	PCV 1~bosqich	PCV 2ta 2~bosqich	PCV 2ta 2~bosqich	PCV 2ta 2~bosqich	PCV 3~bosqich	PCV 4ta 4~bosqich								
PPSV	PPSV	-														
로타바이러스 감염증 Rotavirus yuqumli kasalligi	RV1	2	RV 1ta RV 1~bosqich	RV 2ta RV 2~bosqich	RV 2ta RV 2~bosqich	RV 2ta RV 2~bosqich	RV 3ta RV 3~bosqich									
RV5	RV5	3	RV 1ta RV 1~bosqich	RV 2ta RV 2~bosqich	RV 2ta RV 2~bosqich	RV 3ta RV 3~bosqich										
홍역 Oizamiq	MMR	2						MMR 1ta	MMR 1~bosqich					MMR 2ta	MMR 2~bosqich	
유행성 이진선염 Epidemik parotit yong'in Oizalcha	VAR	1							VAR 1ta	VAR 1~bosqich						
수두 Suvchechak	HepA	2								HepA 1~2ta	HepA 1~2~bosqich					
A형간염 Yapon ensefaliti	IJEV	5								IJEV 1~2ta	IJEV 1~2~bosqich	IJEV 3ta IJEV 3~bosqich	IJEV 4ta IJEV 4~bosqich	IJEV 5ta IJEV 5~bosqich		
일본뇌염 Yapon ensefaliti	LJEV	2								LJEV 1ta	LJEV 1~bosqich	LJEV 2ta LJEV 2~bosqich				
사람유두종바이러스 감염증 Papillomavirus yuqumli kasalligi	HPV	2													HPV 1~2ta HPV 1~2~bosqich	
인플루엔자 Gripp	IV	-									IV taqvim	IV har yili emlanadi				

Davlat tomonidan qilinadigan emlash

- **국가예방접종** : 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)  
Davlat tomonidan qilinadigan emlash: Davlat tomonidan majburiy emlash asosida (davlat tomonidan yuqumli kasalliklarga qarshi emlashni amalga oshirish standartlari va usullari belgilanib, bu asosida mabalar tayyorlanadi va emlash amalga oshiriladi)
- **기타예방접종** : 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
Boshqa emlash turlari: Qarshi emlanadigan yuqumli kasalliklar va boshqa belgilangan yuqumli kasalliklarga qarshi jamoat tibbiy muassasalarida pullik xizmat evaziga amalga oshiriladigan emlash turlari
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능  
DTaP, IPV, Hib emlash turi taqvimga ko'ra DTaP-IPV yoki DTaP-IPV/Hib qo'shma emlash sifatida amalga oshirilishi mumkin.



# 어린이 국가예방접종사업 안내

## 子どもの政府予防接種事業のご案内

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

予防接種は予防接種対象となる感染症から子どもを守る安全かつ効果的な方法で、子どもの感染予防のために、政府が予防接種費用を全額支援しています。

### ≫ 국가예방접종 지원백신 政府予防接種の支援対象ワクチン



**어린이가 건강한 대한민국(일본어)**  
健康な子どものための大韓民国



**표준예방접종일정표(2023)**  
標準予防接種スケジュール表(2023)

대상감염병 対象の感染症		백신종류 및 방법 ワクチンの種類と方法		회수 回數	출생~1개월 이내 生後~1ヶ月以内	1개월 1ヶ月	2개월 2ヶ月	4개월 4ヶ月	6개월 6ヶ月	12개월 12ヶ月	15개월 15ヶ月	18개월 18ヶ月	19~23개월 19-23ヶ月	24~35개월 24-35ヶ月	만 4세 満4歳	만 6세 満6歳	만 11세 満11歳	만 12세 満12歳	
政府 予防 接種 の 指 定 ワクチン	B형간염 B型肝炎	HepB		3	HepB 1회 1회	HepB 2회 2회			HepB 3회 3회										
	결핵 結核	BCG (피내용 皮内)		1	BCG 1회 1회														
	디프테리아 ジフテリア	DTaP		5		DTaP 1회 1회	DTaP 2회 2회	DTaP 3회 3회			DTaP 4회 4회				DTaP 5회 5회				
	파상풍 破傷風	Tdap/Td		1														Tdap/Td 6회 6회	
	폴리오 ポリオ	IPV		4		IPV 1회 1회	IPV 2회 2회		IPV 3회 3회							IPV 4회 4회			
	H형헤르페스인플루엔자 ヘルペスウイルス感染症	Hib		4		Hb 1회 1회	Hb 2회 2회	Hb 3회 3회	Hb 4회 4회										
	폐렴구균 肺炎球菌	PCV		4		PCV 1회 1회	PCV 2회 2회	PCV 3회 3회	PCV 4회 4회										
		PPSV		-											고령군에 한하여 병용 高齢者に限り併用				
	로타바이러스 감염증 ロタウイルス感染症	RV1		2		RV 1회 1회	RV 2회 2회												
		RV5		3		RV 1회 1회	RV 2회 2회	RV 3회 3회											
	홍역 麻疹(はしか) 유행성이진염 流行性耳下腺炎 풍진 風疹	MMR		2						MMR 1회 1회							MMR 2회 2회		
	수두 水痘	VAR		1						VAR 1회 1회									
	A형간염 A型肝炎	HepA		2											HepA 1~2회 1~2회				
	일본뇌염 日本脳炎	IJEV		5											IEV 1~2회 1~2회	IEV 3회 3회	IEV 4회 4회	IEV 5회 5회	
		LJEV		2											LEV 1회 1회	LEV 2회 2회			
사람유두종바이러스 감염증 ヒト乳がんウイルス感染症	HPV		2															HPV 1~2회 1~2회	
인플루엔자 インフルエンザ	IIV		-															IIV 4회 4회 IIV 5회 5회	

### ≫ 무료 접종 지정 의료기관 無料接種指定医療機関

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- 指定医療機関は、「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) で確認することができます。
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* 指定医療機関に訪問する前に、接種対象のワクチンをご確認ください。
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다。
  - \* 指定医療機関の情報は、韓国語で提供しています。
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- やむを得ない理由で出生届の提出が1ヶ月以上遅延された場合、保健所にて予防接種のための「臨時管理番号」を発行されると、無料接種を受けることができます。
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- 接種機関で電算登録した子どもの予防接種の記録は、「予防接種ヘルパー」の公式サイト、又は携帯アプリでも確認できます。予防接種がお済みではない場合は、最寄りの保健所または指定医療機関を訪問し、無料接種を受けるようにしてください。予防接種を受けた方で電算の登録漏れがある場合には、接種した機関に電算登録を依頼してください(韓国語のみ対応)。
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- ご不明な点などがある場合には、公式WEBサイト「予防接種ヘルパー」またはお電話でのお問い合わせも可能です。

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 사이트: <https://nip.kdca.go.kr> | 電話番号: 043-719-8398~8399 | タヌリコールセンター: 1577-1366

# 予防接種の手順ガイド

## (多文化家庭の保護者向け)

1. あなたの母国語で書かれた予防接種予診票を確認して、「(韓国語) 予防接種予診票」を作成してください

### <予防接種予診票を作成する際のご注意>

- 子どもの氏名は、ハングル又は英語で記入してください。
- 住民登録番号(外国人登録番号)を記入してください。住民登録番号(外国人登録番号)がない場合は、保健所での予防接種のために発行された「臨時管理番号」を記入してください。
- 住民登録上の生年月日と実際の生年月日が異なる場合には、実際の生年月日を記入してください。  
\* 接種のスケジュールは実際の生年月日基準で決まるので、実際の生年月日が異なる場合には、実際の生年月日を証明できる書類(出生証明書など)を持参の上、最寄りの保健所にて変更申立てを行ってください。
- 今痛みを感じている部位があれば、下記の症状を参考にして、症状を記入してください。

1.発熱 2.咳 3.喉の痛み(腫れ) 4.下痢 5.腹痛  
6.嘔吐 7.頭痛 8.気力がない 9.その他

2. 子どもの名前を呼名するまで、診療室の前でしばらく待機してください。
3. (接種前) 過去に同じ接種を受けたことがあるか、子どもの過去の接種履歴を確認します。  
※ 子どもの過去接種履歴は予診担当医が電算システムで照会する場合があります。  
※ 子どもの予防接種記録が記載された予防接種証明書または「子ども手帳」をお持ちの場合には、予診担当医に提示してください。
4. (接種前) 予診担当医が説明する相談結果と異常反応についてよく聞いてください。  
※ 韓国語が難しい場合は、あなたの母国語で記載された「予防接種のご案内(VIS)」をプリントアウトして欲しいと予診担当医に要請してください。その案内書の「予防接種後のご注意と異常反応」の項目をよくお読みください。
5. (接種の際) 予診担当医が安全に接種を行うことができるように、子どもが小さい場合には保護者の方の太ももの上に座らせ、片腕で子どもの上体を抱えてください。
6. (接種の際) 予防接種前・後の注意点をよく聞いて、接種を受けます。
7. (接種後) 予診担当医と相談して次回の接種日を決めます。  
\* 予診票を作成するとき、「携帯電話番号の表示・SMS受信に同意」にチェックしてください。また、予診担当医にご希望の言語を伝えると、次回の接種日からはご希望の言語で「次回の接種名と接種日」をSMSメッセージで受け取ることができます。  
ご希望の言語の選択の際に、他の保護者の携帯電話番号を追加登録すると、その保護者にも次回の接種スケジュールのご案内が届きます。
8. (接種後) 病院内で20~30分間待機し、異常反応があるかどうかを確認します。
9. (帰宅後) 少なくとも3時間以上は注意深く症状を観察し、高熱があったり、普段とは違う身体症状があったら、すぐに医師に受診してください。

予防接種に関する通訳が必要な場合には、タヌリコールセンター(☎1577-1366)にお電話ください。

# 予防接種 予診表

安全な予防接種のために、下記の内容をよくお読みの上、本人確認欄（法定代理人、保護者）にご記入ください。

名前		住民登録番号	-	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
実際の生年月日		外国人登録番号	-	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
電話番号	(自宅)	(携帯電話)	体重	kg

予防接種業務のための個人情報の処理などに対する同意事項	本人(法定代理, 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------	--

「感染症の予防及び管理に関する法律」第32条及び同法施行令第32条の3によって、住民登録番号など個人情報およびセンシティブ情報を収集しています。追加的に収集される項目は下記の通りです。  
 ■ 個人情報収集・利用目的: 必須予防接種の次の接種および完了有無、予防接種後、異常反応発生するかどうか関連メッセージ  
 ■ 個人情報収集・利用項目: 個人情報(敏感情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話)  
 ■ 個人情報保有及び利用期間: 5

予防接種をする前に被接種者の予防接種の内訳を予防接種統合管理システムに事前確認することに同意します。 * 予防接種の内訳の事前確認に同意しない場合、不要な追加接種または交差接種が発生することができます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
必須予防接種の次の接種および完了有無に関する情報を携帯電話メッセージで受信することに同意します。 * メッセージ受信に同意しない場合、同意しなかった項目に対する情報を受信することができません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
予防接種後、異常反応の発生如何と関連されたメッセージを携帯電話で受信することに同意します。 * メッセージ受信に同意しない場合、同意しなかった項目に対する情報を受信することができません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

接種対象者に対する確認事項	本人(法定代理, 保護者) 確認 <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--

今日痛いところがありますか？ 痛みの症状を書いてください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
薬や食べ物(卵を含む)またはワクチン接種により、蕁麻疹、または発疹などのアレルギー症を起こしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
過去に予防接種後、異常反応が生じたことがありますか？ある場合は、予防接種名を書いてください。 (予防接種名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
先天性奇形、喘息や肺疾患、心臓疾患、腎臓疾患、肝疾患、糖尿および内分泌疾患、血液疾患で診察を受けたり、治療を受けたことがありますか。既往歴がある方は病名を記入してください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
けいれん、またはその他脳神経系疾患（ギランバレー症候群を含む）を経験したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
癌、白血病あるいは免疫系疾患がありますか？既往歴がある方は病名を記入してください。 (病名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近、3ヵ月以内にステロイド剤、抗がん剤、放射線治療を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
最近、1ヵ月以内に予防接種を行ったことがありますか？いば、予防接種名を書いてください。 (予防接種名: )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
女性) 現在妊娠中の方、または今後1ヶ月以内に妊娠する可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

医師の診察結果と異常反応に対する説明を聞いて予防接種をします。  
 本人(法定代理人、保護者) 名前: (署名) 接種対象者との関係: ( )  
 \* 被接種者が出生申告以前の新生児の場合、法定代理人の住民登録番号 ( )  
 年 月 日

接種対象者に対する確認事項	確認 <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--

体温: °C	予防接種後、異常反応について説明した	<input type="checkbox"/>
	「異常反応を観察するために、接種後20-30分間は接種機関で待機する必要がある」を説明した。	<input type="checkbox"/>
問診結果:		
以上の問診や診察の結果、予防接種が可能です。 医師の名前: (署名)		



## 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. 子どもの予防接種記録を確認してください。

### ■ 予防接種の記録を電算登録すると、何か利点はありますか？

1. 子どもの予防接種の記録を「予防接種ヘルパー」の公式サイト、又は携帯アプリにてすぐにご確認いただけます。
  - 「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) に会員登録して子どもの情報を登録します。
    - 「予防接種ヘルパー」公式サイトにログイン→[予防接種の管理]→[子どもの予防接種管理]→[子ども情報登録]
  - 登録された子どもの接種記録は、次の方法で確認できます。
    - 「予防接種ヘルパー」公式サイト→[予防接種管理]→[子どもの予防接種管理]→[子どもの予防接種履歴の照会]

※ 予防接種記録が登録されていない場合は、接種を受けた機関に電算登録を要請してください。  
 ※ 予防接種手帳は、保護者が子供の接種履歴を適切に管理するためのものであり、予防接種証明書を代わりにすることはできません。
2. 予防接種証明書はオンラインにて無料で発行（韓国語または英語）可能です。
  - 「予防接種ヘルパー」公式サイトにログイン→[予防接種管理]→[電子窓口サービス]→[予防接種証明書]
3. 子どもの予防接種日を忘れないように、次回の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。
  - 診断医に連絡可能な親（保護者）の携帯電話番号を伝えると、必須予防接種について、次回の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。
  - 外国語でのご案内を希望する場合には、接種した機関にご希望の言語を診断医にお伝えください。韓国語と一緒に、ご希望の言語で案内メッセージを送信いたします。また、次回の接種スケジュールについて他の保護者と一緒に確認できるように、その保護者の携帯電話番号も追加登録できます。

### ■ 外国で接種を受けた子どもの予防接種証明書があれば、帰国の際証明書を発行してください。

外国で長期滞在した後、帰国前に「予防接種証明書（英語）」または「接種機関の捺印や公式署名（Official Signature or Stamp）が施された書類」を発行した上、最寄りの保健所に電算登録を要請してください。

大韓民国は団体生活する子ども・学生の感染予防管理と健康保護のために、保育園や小学校・中学校に入学する時に予防接種証明書の提出を義務化し、予防接種の有無\*を確認しています。

ただし、疾病管理本部に電算登録されている場合には、保育園や学校に予防接種証明書を提出しなくてもいいです。

\* 根拠：「感染症の予防及び管理に関する法律」第31条、「学校保健法」第10条、「乳幼児保育法」第31条の3

# 政府支援予防接種事業

## 국가예방접종 사업안내

### ▶▶ 政府支援子どもの予防接種事業

予防接種対象の感染症から国民を守るために、必須予防接種の予防接種費用を全額支援します。

- 支援対象：満12歳以下の子ども  
※ 支援対象については最寄りの保健所、または指定医療機関にお問い合わせください。
- 支援するワクチン：18種

結核 (BCG、皮内投与)、B型肝炎 (HepB)、ジフテリア/破傷風/百日咳 (DTaP)、破傷風/ジフテリア (Td)、破傷風/ジフテリア/百日咳 (Tdap)、ポリオ (IPV)、ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ (DTaP-IPV)、ジフテリア/破傷風/百日咳/ポリオ/ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症 (DTaP-IPV/Hib)、ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症 (Hib)、肺炎球菌 (PCV)、はしか/おたふく風邪/風疹 (MMR)、水痘 (VAR)、日本脳炎不活化ワクチン (IJEV)、日本脳炎弱毒化生ワクチン (LJEV)、A型肝炎 (HepA)、ヒトパピローマウイルス (HPV)、インフルエンザ (IIV)、ロタウイルス (RV)

※ 皮内BCG、A型肝炎、肺炎球菌、Hibワクチンなど一部のワクチンの接種支援には年齢制限があります。

- 接種機関：最寄りの指定医療機関 または 保健所  
※ 指定医療機関：「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) でご確認ください。  
保健所：訪問する前に 必ず予防接種を行っているかを確認してください。

### ▶▶ B型肝炎の周産期感染予防事業

B型肝炎陽性の母親から生まれる新生児のB型肝炎周産期感染予防のために、新生児への免疫グロブリン投与とB型肝炎の予防接種、抗原・抗体検査の実施にかかる費用を全額支援します。

- 支援対象：  
B型肝炎の表面抗原 (HBsAg)、またはe抗原 (HBeAg) 陽性の母親から生まれた乳児のうち、妊娠中の母親が、産前検査結果用紙\*の提出及び個人情報提供を認める旨に同意した者  
※ 妊娠中、または出産後、7日以内に実施した母親の表面抗原 (HBsAg) 陽性、またはe抗原 (HBeAg) 養成の結果
- 支援内容：  
免疫グロブリン1回 (出生時)、基礎接種3回 (0・1・6ヶ月)、基礎接種後、B型肝炎抗原・抗体検査の1回費用を全額支援  
※ 1次抗原・抗体の検査結果により、再接種 (最大3回) 及び再検査 (最大2回) の費用を追加支援  
※ 指定医療機関：「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) でご確認ください。  
保健所：訪問する前に 必ず予防接種を行っているかを確認してください。

# 政府支援予防接種支援事業

## 국가예방접종 지원사업

### ▶▶ ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV) 政府支援予防接種支援事業

ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症による子宮頸がんなどの予防のため、予防接種にかかる費用を支援しています。

- 支援対象: 満12歳~17歳のの青少年期の女性、満18~26歳低所得層\*の女性
  - ※ 「国民基礎生活保証法」上の基礎生活受給者及び次上位階層 (基準中位所得50%以下)
- 支援内容: ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)の予防接種2~3回
  - \* 初回接種を受けた年齢が満12~14歳の場合は2回、満15歳以上の場合は3階
  - \* 満12歳の女性が接種を受ける場合は、健康相談を提供
- 支援ワクチン: ガーダシル (HPV4)、サーバリックス (HPV2)
- 接種機関: 指定医療機関 または 保健所
  - ※ 指定医療機関: 「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) でご確認ください。
  - 保健所: 訪問する前に 必ず予防接種を行っているかを確認してください。

### ▶▶ インフルエンザ予防接種の政府支援事業

インフルエンザ感染による合併症の発生率が高い高危険群である高齢者や妊婦、集団生活を送る子どものインフルエンザ感染を予防し、地域社会への拡散を防止するために、予防接種費用を全額支援します。

- 支援対象: 出生後6ヶ月~満13歳の子ども、妊婦、満65歳以上の高齢者
- 支援内容: インフルエンザ4価の予防接種1回
- 接種機関: 指定医療機関 または 保健所
  - ※ 指定医療機関: 「予防接種ヘルパー」公式サイト (<https://nip.kdca.go.kr>) でご確認ください。
  - 保健所: 訪問する前に 必ず予防接種を行っているかを確認してください。

# 小・中学校新入生の予防接種確認事業

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### ▶ 小・中学校新入生の予防接種確認事業

学校で集団生活を送る子ども等は、感染症の伝播等に脆弱であるため、小・中学校新入生を対象に集団免疫効果を高めるべく予防接種の有無\*を確認し、非接種者の管理と接種を受けるように注意を促します。

\*「感染症の予防及び管理に関する法律」第31条、「学校保健法」第10条

- 事業対象：小学校、中学校に入学するすべての子ども
- 確認事業対象の予防接種
  - (小学校) 満4～6歳 予防接種4種  
DTaP 第5次、IPV 第4次、MMR 第2次、日本脳炎（不活化ワクチン第4次、または弱毒化生ワクチン第2次）
  - (中学校) 満11～12歳 予防接種3種  
Tdap（またはTd）第6次、日本脳炎（不活化ワクチン第5次、または弱毒化生ワクチン第2次）、HPV 第1次（女子学生が対象）
- 事業方法
 

教育部の小・中学校入学者情報と疾病管理庁予防接種情報を連携、確認事業対象の予防接種有無を確認して、未接種者の接種を推奨

※ 電算登録された予防接種の詳細はWEBサイト「予防接種ヘルパー」で確認することができます。なお、学校に「予防接種証明書」は提出不要です。

※ 「予防接種禁忌者」は、診断（接種）を受けた医療機関に「予防接種を禁忌とした事由」の電算登録を要請してください。ただし、医療機関の電算登録が困難な場合は、「予防接種を禁忌とした事由」が記載された診断書を発行してもらい、入学後、学校に提出してください。

#### ▶ 予防接種禁忌者

- ワクチンの成分に対して、または、前回のワクチン接種後に重度のアレルギー反応（アナフィラキシー）が起こった場合
- 百日咳ワクチン投与から7日以内に、原因不明の脳症が発生した場合
- 免疫不全者、または免疫抑制剤服用者

\* 高熱、免疫グロブリン投与などの一時的な理由や卵アレルギー、アトピーなどは禁忌の事由に該当しません。



# 어린이가 건강한 대한민국(일본어)

## 健康な子どものための大韓民国

### 표준예방접종일정표(2023)

### 標準予防接種スケジュール表(2023)

대상감염병 対象の感染症	백신종류 및 방법 ワクチンの種類と方法	회수 回數	출생~1개월 이내 生後~1ヶ月以内	1개월 1ヶ月	2개월 2ヶ月	4개월 4ヶ月	6개월 6ヶ月	12개월 12ヶ月	15개월 15ヶ月	18개월 18ヶ月	19~23개월 19-23ヶ月	24~35개월 24-35ヶ月	만 4세 満4歳	만 6세 満6歳	만 11세 満11歳	만 12세 満12歳
B형간염 B型肝炎	HepB	3	HepB 1차 1회 HepB 2차 2회				HepB 3차 3회									
결핵 結核	BCG (피내용 皮内)	1	BCG 1회 1회													
디프테리아 디프テリア	DTaP	5	DTaP 1차 1회		DTaP 2차 2회	DTaP 3차 3회		DTaP 4차 4회					DTaP 5차 5회			
파상풍 破傷風	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6차 6회
百日咳 百日咳	IPV	4	IPV 1차 1회		IPV 2차 2회			IPV 3차 3회					IPV 4차 4회			
폴리오 폴리오	Hib	4	Hib 1차 1회		Hib 2차 2회	Hib 3차 3회		Hib 4차 4회								
b형헤모필루스인플루엔자 ヘンフルーシイノフルーシイ型菌	PCV	4	PCV 1차 1회		PCV 2차 2회	PCV 3차 3회		PCV 4차 4회								
폐렴구균 肺炎球菌	PPSV	-														
로타바이러스 감염증 ロタウイルス感染症	RV1	2	RV 1차 1회		RV 2차 2회											
RV5	RV5	3	RV 1차 1회		RV 2차 2회	RV 3차 3회										
홍역 麻疹(はしか) 유행성이하선염 流行性耳下腺炎 풍진 風疹	MMR	2						MMR 1차 1회						MMR 2차 2회		
수두 水痘	VAR	1						VAR 1회 1회								
A형간염 A型肝炎	HepA	2								HepA 1~2차 1~2회						
일본뇌염 日本脳炎	IJEV	5											IJEV 3차 3회	IJEV 4차 4회		IJEV 5차 5회
사립유증바이러스 감염증 ヒトパルボウイルス感染症	LJEV	2											LJEV 1차 1회			
HPV	HPV	2														HPV 1~2차 1~2회
인플루엔자 인플루エンザ	IIV	-														

### 국가예방접종 政府予防接種

- 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)  
政府予防接種: 政府(国)が推奨する必須予防接種。政府は「感染症の予防及び管理に関する法律」に基づいて予防接種の対象感染症と予防接種の実施基準及び方法を定め、これを元に財源を設けて支援している。
- 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
その他予防接種: 予防接種の対象感染症と指定感染症以外の感染症。民間医療機関で接種可能な有料の予防接種
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능  
DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능

DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능



# 어린이 국가예방접종사업 안내

## 国家预防接种服务指南

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

预防接种是保护儿童免受预防接种涵盖的传染性疾病的侵害的安全、有效的方式,为预防儿童传染病,国家将全额提供疫苗接种所需的费用。

### » 국가예방접종 지원백신 国家预防接种免费疫苗



**어린이가 건강한 대한민국(중국어)**  
儿童健康成长的大韩民国



**표준예방접종일정표(2023)**  
标准预防接种日程表(2023)

대상감염병 针对的传染病	백신종류 및 방법 疫苗种类及接种方法	회수 次数	출생~1개월 이내 出生后~1个月内	연령대 (Age Group)																
				1개월 1个月	2개월 2个月	4개월 4个月	6개월 6个月	12개월 12个月	15개월 15个月	18개월 18个月	19~23개월 19~23个月	24~35개월 24~35个月	만 4세 4岁	만 6세 6岁	만 11세 11岁	만 12세 12岁				
B형간염 B型肝炎	HepB	3	HepB 1회 1次	HepB 2회 2次			HepB 3회 3次													
결핵 结核	BCG (피내용皮下接种)	1	BCG 1회 1次																	
디프테리아 白喉 파상풍 破伤风 백일해 百日咳	DTaP	5		DTaP 1회 1次	DTaP 2회 2次	DTaP 3회 3次				DTaP 4회 4次										
	Tdap/Td	1																		Tdap/Td 5회 5次
폴리오 脊髓灰质炎	IPV	4			IPV 1회 1次	IPV 2회 2次			IPV 3회 3次											IPV 4회 4次
b형헤모필루스인플루엔자 乙型流感嗜血杆菌	Hib	4			Hb 1회 1次	Hb 2회 2次	Hb 3회 3次		Hb 4회 4次											
폐렴구균 肺炎链球菌	PCV	4			PCV 1회 1次	PCV 2회 2次	PCV 3회 3次		PCV 4회 4次											
	PPSV	-																		고령화기에 한하여 접종 仅限高龄人群接种
로타바이러스 감염증 轮状病毒	RV1 RV5	2 3			RV 1회 1次	RV 2회 2次														
	MMR	2							MMR 1회 1次											MMR 2회 2次
홍역 麻疹 유행성이하선염 流行性腮腺炎 풍진 风疹	VAR	1							VAR 1회 1次											
A형간염 A型肝炎	HepA	2											HepA 1~2회 1~2次							
일본뇌염 乙脑	IJEV	5											IEV 1~2회 1~2次	IEV 3회 3次		IEV 4회 4次				IEV 5회 5次
	LJEV	2											LJEV 1회 1次	LJEV 2회 2次						
사람유두종바이러스 감염증 人乳头瘤病毒	HPV	2																		HPV 1~2회 1~2次
인플루엔자 流感	IV	-																		IV 매년 접종 IV 每年接种

### » 무료 접종 지정 의료기관 免费接种指定医疗机构

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- 请登录预防接种服务平台的主页(<https://nip.kdca.go.kr>), 查询指定的医疗机构。
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* 在前往指定医疗机构前, 请查看可接种的疫苗种类。
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* 指定医疗机构的相关信息均为韩语版本。
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- 因不得已的原因, 延迟办理出生登记超过一个月时, 可在保健所领取预防接种“临时管理号码”后, 免费接种疫苗。
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어만 지원).
- 可登陆预防接种服务平台主页查询接种结构已录入的孩子的接种记录。如未完成预防接种时, 请前往就近的保健所或指定医疗机构, 进行免费接种。如已完成预防接种, 但接种记录尚未录入系统中时, 请要求接种机构将其录入到系统中。(仅限韩语)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- 如有其他问题, 请登录预防接种服务平台主页查询, 也可拨打电话咨询。

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 主页: <https://nip.kdca.go.kr> | 电话: 043-719-8398~8399 | DANURI呼叫中心: 1577-1366

# 预防接种流程指南

## (多文化家庭监护人用)

1. 请浏览以您的母语制作的预防接种预检表后, 填写“(韩文) 预防接种预检表”。

### 《填写预防接种预检表时的注意事项》

- 请以韩文或英文填写孩子的姓名。
- 请填写居民身份证号码(外国人登记号码)。如没有居民身份证号码(外国人登记号码)时, 请填写保健所为进行预防接种发放的“临时管理编号”。
- 居民身份证上的出生年月日与实际不符时, 请在相应栏内填写实际的出生年月日。
  - \* 接种时间以实际出生年月日为准, 如实际出生年月日存在出入, 请携带可证明出生年月日的文件(出生证明等)向就近的保健所申请变更。
- 如果今天患病处存在下列症状, 请参考以下症状后填写。

1. 发烧 2. 咳嗽 3. 嗓子疼(肿胀) 4. 腹泻 5. 腹痛  
6. 呕吐 7. 头痛 8. 全身无力 9. 其他

2. 在孩子的名字被叫到前, 请在诊室前等候。

3. (接种前) 请查询孩子的接种记录, 确认是否曾经接种过同样的疫苗。

※ 预检医生可通过电脑系统, 查询孩子以往的接种记录。

※ 如随身携带写有孩子预防接种记录的预防接种证明或儿童手册, 请向预检医生出示。

4. (接种前) 请认真聆听预检医生关于咨询内容和异常反应的讲解。

※ 如看不懂韩文, 可请求预检医生打印以母语编写的《预防接种指南(VIS)》, 认真浏览预防接种指南中的“预防接种后的注意事项及异常反应”一项。

5. (接种时) 如果宝宝的年龄过小, 为便于预检医生安全接种疫苗, 监护人应让宝宝坐在大腿上, 并用一只手环抱住孩子的身体。

6. (接种时) 请仔细聆听预防接种前·后的注意事项, 并接种疫苗。

7. (接种后) 请与预检医生商定好孩子下一次的接种时间。

\* 填写预检表时, 如选择“同意填写手机号码和接收短信”, 并将所需的语言告知预检医生时, 从下一次接种之日起, 将以所需语言发送短信通知“下一次接种疫苗名称和接种时间”。

选择所需语言后, 可新增其他监护人的手机号码, 该监护人也会同时收到有关“下一次接种时间”的通知短信。

8. (接种后) 在医院等待20~30分钟, 观察是否出现异常。

9. (回家后) 注意观察至少三个小时以上, 如出现发烧或有别于平时的身体异常时, 请立即就医。

如果需要有关预防接种的翻译服务, 请致电DANURI呼叫中心 (☎ 1577-1366) 寻求帮助。

# 疫苗接种预诊表

为了安全进行疫苗接种,请仔细阅读下面的问题后,填写在本人(法定代理人、监护人)的确认栏里。

姓名		实际出生日期	-	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
身份证号码		外国人登录号码	-	( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)
电话号码	(家) (手机)		体重	kg

疫苗接种业务个人信息处理等有关同意事项	本人(法定代理人、监护人) 确认 <input checked="" type="checkbox"/>
---------------------	---

根据“传染病的预防及管理有关法律”第三十二条及该法执行令第三十二条之三,收集身份证号码等个人信息及敏感信息,追加收集的项目如下。

- 个人信息收集·使用目的:强免疫苗的下次接种及接种结束与否,接种后有无异常反应发生的相关短信。
- 个人信息收集·使用项目:个人信息(包括敏感信息、身份证号码)、电话号码(家/手机)
- 个人信息持有及使用时间:5年

在疫苗接种之前,同意通过疫苗接种综合管理系统事先确认受种者的既往疫苗接种史。 *若不同意事先确认相关内容时,可能会引发不必要的追加接种或交叉接种。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
同意通过手机短信接收强免疫苗的下次接种及接种结束与否的相关短信。 *不同意接收短信时,将无法接收不同意项目的相关信息。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
疫苗接种后,同意用手机接收有无异常反应发生的相关短信。 *不同意接收短信时,将无法接收不同意项目的相关信息。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

有关受种者的确认事项	本人(法定代理人、监护人) 确认 <input checked="" type="checkbox"/>
------------	---

今天是否有不适之处?请填写不适的症状。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否曾因药物或食物(包括鸡蛋),或因疫苗接种引发过皮疹或斑疹等过敏症状?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
过去是否在疫苗接种之后发生异常反应?如果有的话请填写疫苗名称。 (疫苗名: )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否因患先天性畸形、哮喘及肺部、心脏、肾脏、肝脏疾患,糖尿及内分泌、血液等疾病接受过诊查或治疗? 如果有的话请填写疾病的名称。 ( )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否曾患有痉挛或其他脑神经类疾病(包括格林-巴利综合症)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否患有癌症、白血病或免疫类疾病?如果有的话请填写疾病名称。 (病名: )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近三个月内是否接受过类固醇剂、抗癌药、放射治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最近一个月内是否接受过疫苗接种?如果有的话请填写疫苗的名称。 (疫苗名: )	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(女性)现在是否在孕中或下个月是否有怀孕计划?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
本人倾听医生的诊查结果和对异常反应的说明之后进行疫苗接种。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

本人(法定代理人、监护人)姓名: (签字) 与受种者的关系:  
\*若受种者是进行出生申报以前的新生儿,则请填写法定代理人的身份证号码( - )  
年 月 日

医生预诊结果(医生确认栏)	确认 <input checked="" type="checkbox"/>
---------------	--

体温: °C	已对疫苗接种后的异常反应进行了说明	<input type="checkbox"/>
针对“为了观察异常反应,在接种后需在接种机关逗留20~30分钟”的部分也已说明。		<input type="checkbox"/>
问诊结果:		
通过如上的问诊及诊查结果显示,可以进行疫苗接种。		医生姓名: (签字)

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

## 请查看孩子的预防接种记录。

### ■ 在电脑上录入预防接种记录有哪些优点？

1. 可登陆预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询孩子的预防接种记录。

- 登陆预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)注册会员，录入孩子信息。  
- 登陆预防接种服务平台主页 → [预防接种管理] → [孩子的预防接种管理] → [录入孩子信息]
- 通过以下方式查看已录入的孩子接种记录。  
- 登陆预防接种服务平台主页 → [预防接种管理] → [孩子的预防接种管理] → [查询孩子的预防接种记录]

※ 如预防接种记录未被录入，请要求接种机构将其录入到电脑中。

※ 预防接种手册是有助于监护人妥善管理孩子的接种记录的手册，不能代替预防接种证明使用。

2. 可在线免费领取预防接种证明（韩文或英文）。

- 登陆预防接种服务平台主页 → [管理预防接种] → [电子信访服务] → [预防接种证明]

3. 为避免忘记孩子的预防接种时间，将发送短信通知。

- 如将可取得联系的父母（监护人）的手机号码告知医生，可收到关于强免疫苗预防接种时间的短信通知。
- 如需发送外语短信，请将所需语言告知接种机构。即可收到同时以韩语和所需语言编写的通知短信。此外，还可新增其他监护人的手机号码，以便接收有关下一次接种时间的短信通知。

### ■ 请在回国时，办理好孩子在外国接种的预防接种证明。

在国外长期居住后，请于回国前办理好“英文版预防接种证明”或开具“盖有接种机构公章或官方签字的文件”，到就近的保健所录入电脑中。

大韩民国为保护集体生活的儿童和学生们的健康，以及做好传染病预防管理的工作，在幼儿园或中小学入学时要求提交预防接种证明，请确认是否已完成预防接种\*。

不过，如果已在疾病管理总部的电脑中录入，则不需向幼儿园或学校提交预防接种证明。

\* 依据：《关于预防和管理传染病的法律》第31条，《学校保健法》第10条，《婴幼儿保育法》第31条第3款

# 国家预防接种服务项目

## 국가예방접종 사업안내

### » 国家儿童预防接种服务项目

为保护国民免受传染疾病的侵害, 国家向预防接种对象提供接种强免疫苗所需的全部费用。

- 适用对象: 满12周岁以下的儿童
  - ※ 适用对象可到附近的保健所或指定医疗机构咨询
- 接种疫苗: 18种

结核 (BCG, 皮下接种), 乙型肝炎(HepB), 白喉/破伤风/百日咳(DTaP), 破伤风/白喉(Td),破伤风/白喉/百日咳 (Tdap), 脊髓灰质炎(IPV), 白喉/破伤风/百日咳/脊髓灰质炎(DTaP-IPV),白喉/破伤风/百日咳/脊髓灰质炎/b型流感嗜血杆菌(DTaP-IPV/Hib), b型流感嗜血杆菌(Hib),肺炎链球菌(PCV), 麻疹/流行性腮腺炎/风疹(MMR), 甲型肝炎(HepA), 水痘(VAR),流行性乙型脑炎灭活疫苗(IJEV), 流行性乙型脑炎减毒活疫苗(LJEV), 甲型肝炎 (HepA), 人乳头瘤病毒(HPV), 流感(IIV),轮状病毒 (RV)

※ 皮下注射BCG、甲型肝炎和肺炎链球菌、b型流感嗜血杆菌等部分疫苗存在接种年龄限制

- 接种机构: 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登陆预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - 保健所: 来访前需确认是否可接种疫苗

### » 乙型肝炎

为预防乙型肝炎阳性孕妇生下的胎儿在围生期传染乙型肝炎, 提供胎儿出生时注射免疫球蛋白、接种乙型肝炎疫苗以及检测抗原和抗体所需的全部费用。

- 适用对象
 

乙型肝炎表面抗原 (HBsAg)或e抗原(HBeAg)阳性的孕妇生下的胎儿中, 提交了孕妇怀孕期间的产检结果单\* 及同意提供个人信息者

  - ※ 怀孕期间或分娩后7天内, 孕妇表面抗原 (HBsAg)阳性或e抗原(HBeAg)呈现阳性
- 主要内容:
 

提供1次免疫球蛋白(出生时)、3次基础免疫(0、1、6个月) , 基础免疫后检测1次乙型肝炎抗原和抗体的全部费用

  - ※ 接种机构: 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登陆预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - 保健所: 来访前需确认是否可接种疫苗

# 国家预防接种服务项目

## 국가예방접종 지원사업

### » 人乳头瘤病毒(HPV)国家预防接种服务项目

为预防因感染人乳头瘤病毒(HPV)导致的宫颈癌等癌症, 提供接种HPV疫苗所需的费用。

- 适用对象: 年满12~17周岁的女性青少年, 年满18~26周岁的低收入阶层\*女性
  - ※ 《国民基本生活保障法》上规定的低保户及潜在贫困阶层(低于标准中等收入的50%)
- 主要内容: 预防接种2~3次\*人乳头瘤病毒(HPV)疫苗
  - \* 根据首次接种疫苗的年龄, 年满12~14周岁者接种2次, 年满15周岁以上者接种3次
  - \* 年满12周岁的女性青少年接种疫苗时, 提供健康咨询
- 接种疫苗: 加卫苗(Gardasil, HPV4), 卉妍康(Cervarix, HPV2)
- 接种机构: 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登陆预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - 保健所: 来访前需确认是否可接种疫苗

### » 国家流感预防接种服务项目

为预防流感, 防止流感在社区扩散, 面向感染流感时, 容易引发并发症的高危人群—老人、孕妇和生活在集体中的儿童, 提供接种疫苗所需的全部费用。。

- 适用对象: 出生后6个月~年满13周岁的儿童、孕妇及年满65周岁以上的老人
- 主要内容: 接种1次4价疫苗流感
- 接种机构: 附近指定的医疗机构或保健所
  - ※ 指定医疗机构: 可登陆预防接种服务平台主页(<https://nip.kdca.go.kr>)查询
  - 保健所: 来访前需确认是否可接种疫苗

# 中小学新生预防接种确认工作

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » 中小学新生预防接种确认工作

生活在集体中的儿童容易导致传染病的传播等, 因此为提高集体免疫效果, 面向中小学适龄入学者, 确认其是否已完成预防接种, 并对未接种者进行管理以及督促其办理接种登记。

\* 《关于预防和管理传染病的法律》第31条, 《学校保健法》第10条

● 适用对象: 小学和中学全体在校生

● 确认对象完成预防接种

- (小学) 满4~6周岁需完成4种疫苗的接种

DTaP 5次、IPV 4次、MMR 2次、乙脑(灭活疫苗4次或减毒活疫苗2次)

- (中学) 满11~12周岁需完成3种疫苗的接种

Tdap(或Td) 6次, 乙脑(灭活疫苗5次或减毒活疫苗2次), HPV 1次(适用女学生)

● 实施方式

将教育部的中小学适龄入学者信息和疾病管理厅预防接种信息相挂钩, 确认适用对象是否已完成预防接种, 督促和鼓励未接种者接种疫苗

※ 可登陆预防接种服务平台主页查询已录入系统中的预防接种记录, 无需向学校提交《预防接种证明》。

※ 《禁止接种疫苗者》要求诊断(接种)的医疗机构将《禁止接种疫苗的原因》录入到信息系统中。不过, 如该医疗机构无法将《禁止接种疫苗的原因》录入到信息系统中时, 可开具注明《禁止接种疫苗原因》的诊断书, 并于开学后提交给学校

#### ▶ 禁止接种疫苗者

- 对疫苗中的成分过敏或之前接种疫苗后发生严重过敏(过敏反应)者

- 注射百日咳疫苗后7天内, 曾发生其他原因不明的脑病者

- 免疫缺陷者或使用免疫抑制药物者

\* 高烧、注射免疫球蛋白等原因或鸡蛋过敏、特应症(Atopy)等不包括在内。



# 어린이가 건강하게 성장하는 대한민국 (중국어)

## 儿童健康成长的大韩民国

# 표준예방접종일정표(2023)

## 标准预防接种日程表(2023)

대상감염병 针对的传染病	백신종류 및 방법 疫苗种类及接种方法	횟수 次数	출생~1개월 이내 新生儿~1个月内	1개월 1个月	2개월 2个月	4개월 4个月	6개월 6个月	12개월 12个月	15개월 15个月	18개월 18个月	19~23개월 19~23个月	24~35개월 24~35个月	만 4세 4周岁	만 6세 6周岁	만 11세 11周岁	만 12세 12周岁
B형간염 B型肝炎	HepB	3	HepB 1차 1회	HepB 2차 2회			HepB 3차 3회									
결핵 结核	BCG (피내용皮下接种)	1	BCG 1회 1회													
디프테리아 白喉 파상풍 破伤风 백일해 百日咳	DTaP	5			DTaP 1차 1회	DTaP 2차 2회	DTaP 3차 3회	DTaP 4차 4회					DTaP 5차 5회			
폴리오 脊髄灰质炎	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6차 6회
IPV		4			IPV 1차 1회	IPV 2차 2회	IPV 3차 3회	IPV 4차 4회					IPV 4차 4회			
b형헤모필루스인플루엔자 乙型流感嗜血杆菌	Hib	4			Hib 1차 1회	Hib 2차 2회	Hib 3차 3회	Hib 4차 4회								
폐렴구균 肺炎链球菌	PCV	4			PCV 1차 1회	PCV 2차 2회	PCV 3차 3회	PCV 4차 4회								
PPSV		-														고위험군에 한하여 접종 仅限高危人群接种
로타바이러스 감염증 轮状病毒	RV1	2			RV 1차 1회	RV 2차 2회										
RV5		3			RV 1차 1회	RV 2차 2회	RV 3차 3회									
홍역 麻疹 유행성이진 流行性腮腺炎 풍진 风疹	MMR	2					MMR 1차 1회	MMR 2차 2회					MMR 2차 2회			
수두 水痘	VAR	1					VAR 1회 1회									
A형간염 A型肝炎	HepA	2						HepA 1~2차 1~2회								
일본뇌염 乙脑	IJEV	5						IJEV 1~2차 1~2회	IJEV 3차 3회				IJEV 4차 4회			IJEV 5차 5회
LJEV		2						LJEV 1차 1회								
사람유두종바이러스 감염증 人乳头瘤病毒	HPV	2														HPV 1~2차 1~2회
인플루엔자 流感	IIV	-														IV 매달 접종 Ⅳ/每年接种

● 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음) 국가예방접종: 通过国家建议的强免疫苗(国家关于传染病的预防及管理的法律, 规定预防接种疫苗针对的传染病, 预防接种实施标准及方式, 并以此为依据筹措资金和提供支持)

● 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종 其他预防接种: 属于预防接种疫苗针对的传染病及指定传染病以外的传染病, 可到民间医疗机构进行收费接种。

● DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능 Ⅳ  
DTaP, IPV, Hib 疫苗根据预防接种的日程, 可进行混合疫苗接种





# មគ្គុទេសក៍ពីដំណើរការចាក់ថ្នាំបង្ការ (សម្រាប់អាណាព្យាបាលនៃគ្រួសារដែលមានជនជាតិខុសគ្នា)ពហុវប្បធម៌

១. សូមកត់ត្រានៅក្នុងតារាងពិនិត្យមុនចាក់ថ្នាំបង្ការដែលធ្វើពីភាសាកូរ៉េ បន្ទាប់ពីមើល តារាងពិនិត្យមុនចាក់ថ្នាំបង្ការ ដែលធ្វើពីភាសាកំណើត។

### <ចំណុចប្រយ័ត្ននៅពេលកត់លើតារាងពិនិត្យមុនចាក់ថ្នាំបង្ការ>

- ឈ្មោះរបស់កូន សូមកត់ត្រាភាសាកូរ៉េឬអង់គ្លេស។
- សូមកត់លេខចុះឈ្មោះអ្នកស្នាក់(លេខចុះឈ្មោះជនបរទេស)។ ក្នុងករណី គ្មានលេខ ចុះឈ្មោះអ្នកស្នាក់(លេខចុះឈ្មោះ ជនបរទេស)ទេ សូមកត់ 'លេខគ្រប់គ្រងបណ្តោះ អាសន្ន' ដែលបានទទួលបាននៅមន្ទីរសុខាភិបាលដើម្បីចាក់ថ្នាំបង្ការ។
- ក្នុងករណីថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតនៅលើតារាងចុះឈ្មោះអ្នកស្នាក់ និងថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិត ខុសគ្នា សូមកត់ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ពិតប្រាកដនៅក្នុងរបងនោះ។
  - \* ដោយសារគម្រោងការចាក់ថ្នាំ អាចត្រូវបានកំណត់តាមថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិត បើសិនថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតនោះខុសពីពិតប្រាកដគ្នា សូមយក ឯកសារដែលអាចបញ្ជាក់ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិត (លិខិតបញ្ជាក់កំណើតជាដើម)ទៅមន្ទីរសុខាភិបាលជិតគ្នាសុំកែ។
- ប្រសិនបើមានអាការៈដើម្បីនៅថ្ងៃនេះដូចខាងក្រោម សូមជ្រើសរើសកត់ត្រានោះ ដោយព្រាងរោគសញ្ញាខាងក្រោមកត់។

១.កំដៅឡើង ២.ក្អក ៣.ឈឺ(ហើម)ក ៤.ជម្ងឺរាត ៥.ឈឺពោះ ៦.ក្អកចង្កេះ  
៧.ឈឺក្បាល ៨. អស់កម្រាំង ៩.ផ្សេងៗ

២. សូមរង់ចាំបន្តិចនៅមុខបន្ទប់ព្យាបាល រហូតដល់ហោរឈ្មោះកូន។

៣. (មុនចាក់ថ្នាំ)សូមបញ្ជាក់ពីខ្លឹមសារដែលកូនបានចាក់ថ្នាំបង្ការកាលពីអតីត ថា តើបាន ចាក់ថ្នាំដូចគ្នានៅអតីតកាល ឬអត់។

- ※ លោកគ្រូពេទ្យអាចពិនិត្យខ្លឹមសារដែលកូនបានចាក់ថ្នាំបង្ការពីអតីតតាមកំព្យូទ័របាន។
- ※ ក្នុងករណីមានកូនសៀវភៅដែលមានកំណត់ចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់កូន សូមបង្ហាញឲ្យ លោកគ្រូពេទ្យឃើញ។

៤. (មុនចាក់ថ្នាំ)សូមស្តាប់លទ្ធផលពិនិត្យមុនព្យាបាល និងប្រតិកម្មប្លែក ដែលត្រូវពេទ្យ រៀបរាប់ឲ្យ។

- ※ ក្នុងករណីភាសាកូរ៉េយល់ពិបាក សូមស្នើសុំឲ្យគ្រូពេទ្យចេញមគ្គុទេសក៍ពីដំណើរការ ចាក់ថ្នាំបង្ការ(VIS) ដែលធ្វើជាភាសាកំណើត គួរអានអំពី 'ចំណុចប្រយ័ត្ន និងប្រតិកម្មប្លែក ក្រោយពេលចាក់ថ្នាំបង្ការ' នៅក្នុងមគ្គុទេសក៍ពីដំណើរការចាក់ថ្នាំបង្ការ។

៥. (នៅពេលចាក់ថ្នាំ)បើសិនកូននៅក្មេងពេក អាណាព្យាបាលធ្វើឲ្យកូនអង្គុយលើភ្លៅ អាបខ្លួនកូន ដោយដៃម្ខាង ដើម្បីឲ្យគ្រូពេទ្យ ងាយចាក់ថ្នាំ។

៦. (នៅពេលចាក់ថ្នាំ)សូមទទួលចាក់ថ្នាំ បន្ទាប់ពីស្តាប់ចំណុចប្រយ័ត្ននៅពេលមុន និង ក្រោយចាក់ថ្នាំ។

៧. (ក្រោយចាក់ថ្នាំ)គួរកំណត់កាលបរិច្ឆេទបន្ទាប់ សម្រាប់កូនចាក់ថ្នាំ បន្ទាប់ពីគ្រោះគ្នា និងគ្រូពេទ្យ។

- \* នៅពេលធ្វើតារាងពិនិត្យមុនចាក់ថ្នាំបង្ការ បើសិនយល់ព្រម 'កត់សម្គាល់លេខទូរស័ព្ទដៃ និងទទួលសារ' ហើយប្រាប់គ្រូពេទ្យអំពី ភាសាខ្មែរដែលចង់ យើងនឹងប្រាប់ 'ឈ្មោះសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការជាបន្ទាប់ និងកាលបរិច្ឆេទចាក់ថ្នាំ' ដែលធ្វើជាភាសាខ្មែរដែលចង់ ក្រៅពីភាសាកូរ៉េ តាមសារSMS។
- បើសិនជ្រើសរើសភាសាចង់ប្រើ លោកអ្នកអាចចុះលេខទូរស័ព្ទរបស់អាណាព្យាបាលផ្សេង ថែមទៀតបាន ដើម្បីឲ្យទទួលបានការណែនាំ កាលបរិច្ឆេទបន្ទាប់ជាមួយគ្នា។

៨. (ក្រោយចាក់ថ្នាំ) សូមសង្កេតមើលថា តើមានប្រតិកម្មប្លែកកើតឡើងឬ ដោយស្ថិតនៅ មន្ទីរពេទ្យក្នុងរយៈពេល២០~៣០នាទី។

៩. (ក្រោយត្រលប់មកផ្ទះរួច)គួរតែសង្កេតមើលយ៉ាងតិច៣ម៉ោង ហើយបើសិនមានកំដៅខ្លាំង ឬ មានអាការៈខ្លួនដែលខុសពី ធម្មតា គួរទទួលព្យាបាលភ្លាមពីគ្រូពេទ្យ។

ក្នុងករណីត្រូវការចាំបាច់បកប្រែភាសាពាក់ព័ន្ធនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការ លោក អ្នកអាច ទទួលជំនួយដោយទាក់ទងទៅ មជ្ឈមណ្ឌលដាណូរិ(☎1577-1366)។

# របាយការណ៍បឋមស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ

ឈ្មោះ:		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	( <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខកាតសម្គាល់ជនបរទេស	( <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី)
លេខទូរស័ព្ទ	(ផ្ទះ)	(លេខទូរស័ព្ទដៃ)	ទម្ងន់ kg

ការយល់ព្រម ប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន សម្រាប់សេវាចាក់ថ្នាំបង្ការ	សាមីខ្លួន(ឪពុកម្តាយ, អាណាព្យាបាល) យល់ព្រម <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

**យើងប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងព័ត៌មានសំខាន់ៗដូចជា លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ** ដោយយោងតាមមាត្រា32 នៃច្បាប់ស្តីពី ការបង្ការ និងគ្រប់គ្រងជំងឺឆ្លង និងមាត្រា32-3 អនុក្រឹត្យ នៃការអនុវត្តច្បាប់ដូចគ្នា។ **ព័ត៌មានដែលត្រូវប្រមូល គឺមានដូចខាងក្រោម :**

- **ការប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន - គោលបំណងនៃការប្រើប្រាស់ :** ការឆ្លើយសារវិលីកទាក់ទងនឹងកាលបរិច្ឆេទ ចាក់ថ្នាំបង្ការនាពេលខាងមុខ, សារបញ្ជាក់សម្រាប់ទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងសារទាក់ទងនឹង ការតាមដាននៃជម្ងឺមិនល្អ បន្ទាប់ពីចាក់ថ្នាំបង្ការ។
- **ការប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន - ប្រភេទប្រើប្រាស់ :** ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរួមមាន លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ និងព័ត៌មានសំខាន់ៗ, លេខទូរស័ព្ទ (ផ្ទះ, ទូរស័ព្ទដៃ)
- **រយៈពេលនៃការរក្សាទុក និងការប្រើប្រាស់ :** 5 ឆ្នាំ

ខ្ញុំយល់ព្រមបញ្ជាក់ពីសេចក្តីលំអិតនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជាមុន មុនពេលទទួលបានថ្នាំបង្ការតាមរយៈប្រព័ន្ធព័ត៌មានចុះបញ្ជីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ * ប្រសិនបើអ្នក បដិសេធមិនយល់ព្រម, ការចាក់ថ្នាំបង្ការបន្ថែម ឬ ការចាក់ថ្នាំបង្ការ 2ប្រភេទក្នុងពេលតែមួយ អាចនឹងមិនចាំបាច់ចាក់។	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
ខ្ញុំយល់ព្រម ទទួលយកសារវិលីក អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ នាពេលខាងមុខ និង ការបញ្ជាក់អំពី ការទទួលបានថ្នាំបង្ការ។ * ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមទទួលយកសារទេ អ្នកនឹងមិនអាចទទួលបានព័ត៌មាន អំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលអ្នកមិនយល់ព្រម។	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
ខ្ញុំយល់ព្រម ទទួលសារតាមទូរស័ព្ទដៃ នៃប្រតិកម្មមិនល្អ បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ។ * ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមទទួលសារទេ អ្នកនឹងមិនអាច ទទួលបានព័ត៌មាន អំពីប្រតិកម្មមិនល្អ បន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ។	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ

សេចក្តីលំអិត ផ្ទៀងផ្ទាត់ មុនការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ	សាមីខ្លួន(ឪពុកម្តាយ, អាណាព្យាបាល) យល់ព្រម <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

ថ្ងៃនេះ តើអ្នកឈឺនៅកន្លែងណា? សូមសរសេររោគសញ្ញារបស់អ្នក។ ( )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មាន រោគសញ្ញាប្រតិកម្មអាស៊ែរ៉ូប៊ីយ៉ូដូដា ឡើងកន្ទួលក្រហម, ថ្នាំឬអាហារ(រួមទាំងស៊ុត)ដោយសារតែការចាក់ថ្នាំបង្ការឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មក្រោយការចាក់ថ្នាំបង្ការពីមុនទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំបង្ការ។ (ឈ្មោះថ្នាំបង្ការ: )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមាន ឬ ព្យាបាលជំងឺមិនប្រក្រតីពីកំណើត, ជំងឺហឺត និង សួត, លេប្រេ, តំរង់នោម, បញ្ហាថ្លើម, ទឹកនោមផ្អែម និង ជំងឺមេតាប៉ូលីក, ជំងឺឈាមដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរប្រភេទជំងឺរបស់អ្នក។( )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកមានជំងឺប្រកាច់ ឬ បញ្ហាប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទខ្លះខ្សាច់រាងៗ (រួមទាំងរោគសញ្ញា Guillain-Barre)ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកមានជំងឺមហារីក, មហារីកឈាម ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរប្រភេទជំងឺរបស់អ្នក។ (ឈ្មោះជំងឺ : )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលដោយប្រើថ្នាំស្បៀង, ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺមហារីក ឬ ដោយវិទ្យុសកម្ម ក្នុងរយៈពេល3ខែចុងក្រោយនេះឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
តើអ្នកធ្លាប់ បានទទួលការចាក់បញ្ចូលឈាម ឬ immunoglobulin សម្រាប់រយៈពេលមួយឆ្នាំ កន្លងមកដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
ថ្មីៗនេះ តើអ្នកបានចាក់ថ្នាំបង្ការ ក្នុងអំឡុងពេលមួយខែមុន ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំបង្ការ។ (ឈ្មោះថ្នាំបង្ការ : )	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ
(ស្រី) តើឥឡូវនេះ អ្នកកំពុងមានគភ៌ ឬ វាអាចទៅរួចក្នុងការមានផ្ទៃពោះនៅខែបន្ទាប់ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ

ខ្ញុំយល់ព្រមទទួល ការចាក់ថ្នាំបង្ការ បន្ទាប់ពីបានស្តាប់លទ្ធផល របស់វេជ្ជបណ្ឌិត និង ការពន្យល់អំពីប្រតិកម្មមិនល្អ។  
សាមីខ្លួន(ឪពុកម្តាយ, អាណាព្យាបាល) ឈ្មោះ : (ហត្ថលេខា) ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ :  
\* ប្រសិនបើអ្នកមិនយល់ព្រមទទួលយក មិនទាន់ចុះបញ្ជីកំណើត សូមសរសេរលេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់( - )  
ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ

លទ្ធផលពិនិត្យមុន នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ (ដែលត្រូវបំពេញ ដោយគ្រូពេទ្យ)		ត្រួតពិនិត្យ <input checked="" type="checkbox"/>
សីតុណ្ហភាពរាងកាយ: °C	ខ្ញុំបានពន្យល់ពីប្រតិកម្មមិនល្អបន្ទាប់ពីទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ	<input type="checkbox"/>
បានពន្យល់ថាត្រូវរង់ចាំក្នុងមណ្ឌលចាក់ថ្នាំបង្ការរយៈពេល20ទៅ30នាទីក្រោយពេលចាក់ថ្នាំរួចដើម្បីពិនិត្យមើលប្រតិកម្មមិនល្អដែលអាចកើតមាន។		<input type="checkbox"/>
លទ្ធផលនៃការវិនិច្ឆ័យ :		
ដោយផ្អែកសេចក្តីលំអិតរបស់អ្នកជំងឺ និងការពិនិត្យរាងកាយ អ្នកអាចទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការបាន។ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត : (ហត្ថលេខា)		

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

## សូមបញ្ជាក់កំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូន។

### ■ ប្រសិនបើចុះកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការនៅក្នុងកំព្យូទ័រតាមទូរគមនាគមន៍ តើមានអ្វីណាទៅជាល្អទេ?

១. លោកអ្នកអាចបញ្ជាក់ភ្លាម ពីកំណត់ត្រាការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូននៅគេហទំព័រ (<https://nip.cdc.go.kr>) ឬអ៊ែបទូរគមនាគមន៍ចល័តបាន។

- សូមចូលជាសាមាជិកគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការ(<https://nip.kdca.go.kr>) ហើយចុះឈ្មោះ កូន។
  - ចូលគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការ → [គ្រប់គ្រងការចាក់ថ្នាំបង្ការ] → [គ្រប់គ្រងការចាក់ថ្នាំបង្ការ] → [ចុះឈ្មោះព័ត៌មានអំពីកូន]
- សូមបញ្ជាក់កំណត់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូនដែលបានចុះឈ្មោះ តាមរបៀបដូចតទៅ។
  - គេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការ → [គ្រប់គ្រងការចាក់ថ្នាំបង្ការ] → [គ្រប់គ្រងការចាក់ថ្នាំបង្ការ] → [ពិណិត្យការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូន]

※ ក្នុងករណីកំណត់ត្រាការចាក់ថ្នាំបង្ការមិនចុះលើបញ្ជី សូមស្នើសុំឱ្យគ្រឹះស្ថានចាក់ថ្នាំចុះឈ្មោះក្នុង កំព្យូទ័រតាមទូរគមនាគមន៍។  
 ※ កូនសៀវភៅកំណត់ចាក់ថ្នាំបង្ការនោះគឺជាកូនសៀវភៅដែលជួយឱ្យគ្រប់គ្រងការចាក់ថ្នាំរបស់ កូន នោះមិនអាចប្រើប្រាស់ជំនួសលិខិតបញ្ជាក់ចាក់ថ្នាំបង្ការឡើយ។

២. លោកអ្នកអាចឱ្យបោះពុម្ពចេញលិខិតបញ្ជាក់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ តាមអនឡាញដោយឥតគិតថ្លៃ(ភាសាកូរ៉េ ឬភាសាអង់គ្លេស)។

- ចូលគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការ → [គ្រប់គ្រងការចាក់ថ្នាំបង្ការ] → [សេវាអេឡិចត្រូនិចសម្រាប់ប្រជាពលរដ្ឋ] → [លិខិត បញ្ជាក់ចាក់ថ្នាំបង្ការ]

៣. យើងផ្ញើសារជាថ្ងៃចាក់ថ្នាំបង្ការបន្ទាប់ កុំឱ្យភ្លេចភ្លេចថ្ងៃចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូន។

- បើសិនប្រាប់លេខទូរស័ព្ទរបស់មាតាបិតា(អាណាព្យាបាល)ដែលអាចទាក់ទងបានឱ្យគ្រូពេទ្យ យើងនឹងណែនាំកាលបរិច្ឆេទបន្ទាប់ អំពីសេវាចាក់ថ្នាំបង្ការចាំបាច់។
- ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់បានភាសាបរទេស សូមនិយាយប្រាប់ភាសាដែលចង់បាន ឱ្យកន្លែងចាក់ថ្នាំបង្ការ។ លោកអ្នកអាចទទួលបានសារមគ្គុទ្ទេសក៍ភាសាចង់បានជាមួយគ្នានឹងភាសាកូរ៉េ។ ឬមួយ លោកអ្នកអាចចុះលេខទូរស័ព្ទរបស់អាណាព្យាបាលផ្សេងថែមទៀត ដើម្បីអាចទទួលបាន ណែនាំពីកាលបរិច្ឆេទចាក់ថ្នាំបន្ទាប់បាន។

### ■ នៅពេលត្រឡប់មកស្រុកវិញ សូមយកលិខិតបញ្ជាក់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូន ដែលទទួលសេវាចាក់ថ្នាំនៅបរទេសមក។

ក្រោយស្នាក់នៅបរទេសរយៈពេលយូរ មុនត្រឡប់មកប្រទេសវិញ សូមសុំបោះពុម្ពចេញ 'លិខិតបញ្ជាក់ចាក់ថ្នាំបង្ការ' ជាភាសាអង់គ្លេស ឬ 'ឯកសារដែលមានត្រារបស់គ្រឹះស្ថានសេវា ចាក់ថ្នាំ ឬមានហត្ថលេខាសាធារណៈ' ហើយយកទៅមន្ទីរសុខាភិបាលជិតគ្នា ស្នើសុំចុះឈ្មោះ ក្នុងកំព្យូទ័រតាមទូរគមនាគមន៍។

ប្រទេសកូរ៉េកំពុងតែបញ្ជាក់ថាតើបញ្ចប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការហើយឬ ដោយដាក់ជូននូវលិខិតបញ្ជាក់ ចាក់ថ្នាំបង្ការនៅពេលចូលផ្ទះកុមារ ឬសាលាបឋមសិក្សា អនុវត្តលើយជាថ្មី ដើម្បីថែរក្សាសុខភាព និងគ្រប់គ្រងបង្ការជម្ងឺឆ្លងរបស់កុមារ និងសិស្សដែលមានជីវភាពជាក្រុម។

តែ ក្នុងករណីចុះឈ្មោះក្នុងកំព្យូទ័រតាមទូរគមនាគមន៍នៅស្នងការដ្ឋានគ្រប់គ្រងជម្ងឺ មិនបាច់ដាក់ជូននូវលិខិតបញ្ជាក់ចាក់ថ្នាំបង្ការជូនឱ្យផ្ទះកុមារឬសាលារៀនឡើយ។

\* គ្រឹះមកពី: មាត្រា៣១ នៃ «ច្បាប់ស្តីពីការបង្ការនិងគ្រប់គ្រងជម្ងឺឆ្លង», មាត្រា១០នៃ «ច្បាប់សុខ ភាពក្នុងសាលារៀន», មាត្រា៣១ ប្រការ៣ នៃ «ច្បាប់ចិញ្ចឹមទារក»

# គម្រោងការជាតិ ពីការគាំទ្រការចាក់ថ្នាំបង្ការ

## 국가예방접종 사업안내

### » គម្រោងការជាតិ ពីការគាំទ្រការចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់កុមារ

យើងផ្គត់ផ្គង់ចំណាយចាំបាច់ទាំងអស់ក្នុងការចាក់ថ្នាំបង្ការ ដើម្បីការពារប្រជាពលរដ្ឋពីជម្ងឺឆ្លងដែលជាគោលដៅក្នុងការចាក់ថ្នាំបង្ការ។

- គោលដៅសម្រាប់គាំទ្រ គឺកុមារមានអាយុតិចជាង១២ឆ្នាំ
  - ※ អំពីមនុស្សដែលជាគោលដៅក្នុងការគាំទ្រ លោកអ្នកអាចសួរនៅមន្ទីរសុខាភិបាលនៅជិត ឬមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់
- វ៉ាក់សាំងសម្រាប់គាំទ្រ : ១៨ប្រភេទ

ជម្ងឺរបេង(សម្រាប់ចាក់ថ្នាំក្នុងស្បែក), ជម្ងឺថ្លើមបេ, ឌីភីតេលា / ហានថាណូស៍/ ជម្ងឺក្អកមាន់(DTaP) / រោគខ្លួរឆ្អឹងខ្នង(DTaP-IPV), ឌីភីតេលា / ហានថាណូស៍ / ជម្ងឺក្អកមាន់ / រោគខ្លួរឆ្អឹងខ្នង/ បាក់តេរីដែល បង្កឱ្យលាក់ស្រោមខ្នុរ បែបបេ(DTaP-IPV/Hib), បាក់តេរីដែលបង្កឱ្យលាក់ ស្រោមខ្នុរបែបបេ(Hib), វ៉ាក់សាំងរោគកញ្ជ្រើល/រោគក្បាត(MMR) អុតធំ(VAR), ជម្ងឺថ្លើមA, រោគរលាកខ្លួរក្បាលជប៉ុន(UJEV), វ៉ាក់សាំងរស់ សម្រាប់ជម្ងឺរលាកខ្លួរ ក្បាលជប៉ុន (LJEV), ជម្ងឺរបេងA, វីរុសជាតិល្អម៉ាមនុស្ស(HPV), គ្រុនក្តៅ(IIV), រ៉ូតាវីរុស(RV)

- ※ វ៉ាក់សាំងខ្លះដូចជាBCGបែបចាក់ថ្នាំ, ជម្ងឺថ្លើមA, ជម្ងឺហើមសួត, បាក់តេរីដែលបង្កឱ្យលាក់ស្រោមខ្នុរ បែបបេ(Hib) ត្រូវបានដាក់កំណត់អាយុសម្រាប់គាំទ្រ។
- ស្ថាប័នចាក់វ៉ាក់សាំង: មន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ ឬមន្ទីរសុខាភិបាលនៅជិត
  - ※ ផ្ទៀងផ្ទាត់ពីមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ : គេហទំព័រជំនួយការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការ (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - មុនពេលទស្សនាមន្ទីរសុខាភិបាល គួរតែបញ្ជាក់ថា តើអាចចាក់ថ្នាំបង្ការបានឬអត់

### » គម្រោងការសម្រាប់បង្ការការពារឆ្លងជម្ងឺថ្លើមB និងការឆ្លងជម្ងឺក្នុងរយៈពេលសម្រាលកូន

ដើម្បីបង្ការការពារការឆ្លងមេរោគសម្រាប់កូនដែលទើបកើតចេញពីផ្ទៃម្តាយមានជម្ងឺថ្លើមBវិជ្ជមាន យើងគាំទ្រចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ការពិនិត្យអង្គបដិប្រាណនៅក្នុងឈាម, ការចាក់ថ្នាំបង្ការជម្ងឺថ្លើមB និង ថ្នាំអង្គបដិប្រាណក្នុងឈាមនៅពេលកំណើត។

- មនុស្សដែលជាគោលដៅក្នុងការគាំទ្រ
  - អ្នកព្រមដែលបានផ្តល់ព័ត៌មានបុគ្គល និងដាក់ជូនលទ្ធផលពីការពិនិត្យមុនសម្រាលកូន ក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ក្នុងចំណោមទារកដែលបានកើតពីស្ត្រីមានផ្ទៃពោះដែលមានអង្គបដិប្រាណរោគថ្លើមBវិជ្ជមាន ឬអង្គបដិប្រាណវិជ្ជមាន
  - ※ លទ្ធផលវិជ្ជមានពីអង្គបដិប្រាណរោគថ្លើមBវិជ្ជមាន ឬអង្គបដិប្រាណវិជ្ជមានរបស់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលបានប្រតិបត្តិ នៅក្នុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬក្នុងរយៈពេលថ្ងៃក្រោយសម្រាលកូន
- ខ្លឹមសារក្នុងការគាំទ្រ
  - គាំទ្រផ្តល់ចំណាយទាំងអស់ គឺ អង្គបដិប្រាណវិជ្ជមាននៅក្នុងឈាម១លើក(នៅពេលសម្រាលកូន), ការចាក់ថ្នាំដំបូងជាមូលដ្ឋានគ្រឹះ៣លើក(គ្រប់០,១,៦ខែ), ពិនិត្យអង្គបដិប្រាណនៅក្នុងឈាម, ការចាក់ថ្នាំបង្ការជម្ងឺថ្លើមB ១លើកក្រោយចាក់ថ្នាំដំបូងជាមូលដ្ឋានគ្រឹះ។
  - ※ ជួយគាំទ្របន្ថែមលើប្រាក់ចំណាយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងម្តងទៀត (អតិបរមា៣លើក)និងការពិនិត្យម្តងទៀត(អតិបរមា២លើក)តាមលទ្ធផលពីការពិនិត្យអង្គបដិប្រាណនិងអង្គថ្លើមលើកទី១
  - ※ ផ្ទៀងផ្ទាត់ពីមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ : គេហទំព័រជំនួយការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការ (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - មុនពេលទស្សនាមន្ទីរសុខាភិបាល គួរតែបញ្ជាក់ថា តើអាចចាក់ថ្នាំបង្ការបានឬអត់

# គម្រោងការជាតិ ពីការគាំទ្រការចាក់ថ្នាំបង្ការ

## 국가예방접종 지원사업

### » គម្រោងការគាំទ្រការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជាតិ ពីជម្ងឺឆ្លងវីរុសជាតិល្អម៉ាមនុស្ស (HPV)

យើងផ្តល់ចំណាយទាំងអស់ក្នុងការចាក់ថ្នាំបង្ការ HPV ដើម្បីការពារជម្ងឺ មហារីកដូចជាមហារីកមាត់ស្បូន (Invasive cervical cancer) ដែលបណ្តាល មកពីវីរុសជាតិល្អម៉ាមនុស្ស (HPV)

- គោលដៅសម្រាប់គាំទ្រ : យុវនារីមានអាយុ ១២~១៧ , ស្ត្រីមានអាយុ ១៨~២៦ ឆ្នាំជាថ្នាក់ដែលមានចំណូលទាប
  - ※ អ្នកទទួលថ្លៃសម្រាប់ជីវភាពមូលដ្ឋានគ្រឹះស្របតាមច្បាប់ការធានាជីវភាពមូលដ្ឋានគ្រឹះរបស់ប្រជាពលរដ្ឋ និងថ្នាក់ចូរស្រាល ជាងនោះ(ក្រោម ៥០% នៃប្រាក់ចំណូលមានកម្រិតកណ្តាល)
- ខ្លឹមសារក្នុងការគាំទ្រផ្គត់ផ្គង់ : ចាក់ថ្នាំបង្ការវីរុសជាតិល្អម៉ាមនុស្ស (HPV) ២~៣ លើក
  - \* នៅពេលចាក់វ៉ាក់សាំងដំបូង អាយុ ១២~១៤ ឆ្នាំ ២ លើក, លើស ១៥ ឆ្នាំ ៣ លើក
  - \* នៅពេលចាក់វ៉ាក់សាំងឲ្យកុមារីអាយុ ១២ ឆ្នាំ ត្រូវបានផ្តល់ការពិគ្រោះសុខភាព
- វ៉ាក់សាំងគាំទ្រផ្គត់ផ្គង់ : កាដាស៊ីល(HPV4), សបាវិកស៍(HPV2)
- ស្ថាប័នចាក់វ៉ាក់សាំង: មន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ ឬមន្ទីរសុខាភិបាលនៅជិត
  - ※ បញ្ជាក់ពីស្ថាប័នវេជ្ជមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ : អាចបញ្ជាក់នៅគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការ (<http://kdca.go.kr>) បាន(រីឯ មន្ទីរសុខាភិបាលវិញ ត្រូវការបញ្ជាក់មុនសិន)
  - មន្ទីរសុខាភិបាល: មុនពេលទៅ ត្រូវការបញ្ជាក់ថា តើអាចចាក់វ៉ាក់សាំងបានឬ

### » គម្រោងការជាតិ ពីការគាំទ្រផ្គត់ផ្គង់ការចាក់ថ្នាំបង្ការគ្រុនក្តៅ(influenza)

យើងគាំទ្រផ្គត់ផ្គង់ផ្តល់ចំណាយចាក់ថ្នាំបង្ការទាំងអស់ដើម្បីបង្ការជម្ងឺគ្រុនក្តៅសម្រាប់មនុស្សចាស់និងស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ដែលងាយឆ្លងមេរោគនៅពេលឆ្លងគ្រុនក្តៅ(Influenza) និងយុវជនកុមារដែលមានជីវភាពជាអង្គការរស់នៅជាក្រុម និងដើម្បីការពារឆ្លងក្នុងសង្គម។

- មនុស្សជាគោលដៅសម្រាប់គាំទ្រផ្គត់ផ្គង់: ទារកកំណើត ៦ ខែ ~ កុមារអាយុ ១៣ ឆ្នាំ, ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ, មនុស្សចាស់ លើស ៦៥ ឆ្នាំ
- ខ្លឹមសារក្នុងការគាំទ្រផ្គត់ផ្គង់: ចាក់ថ្នាំបង្ការគ្រុនក្តៅ(Influenza) ទាំង ៤ ១ លើក
- ស្ថាប័នចាក់វ៉ាក់សាំង : ស្ថាប័នវេជ្ជមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ និងមន្ទីរសុខាភិបាល
  - ※ បញ្ជាក់ពីស្ថាប័នវេជ្ជមន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានកំណត់ : អាចបញ្ជាក់នៅគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការ (<http://kdca.go.kr>) បាន(រីឯ មន្ទីរសុខាភិបាលវិញ ត្រូវការបញ្ជាក់មុនសិន)
  - មន្ទីរសុខាភិបាល: មុនពេលទៅ ត្រូវការបញ្ជាក់ថា តើអាចចាក់វ៉ាក់សាំងបានឬ

# គម្រោងការបញ្ជាក់ការចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់សិស្សបឋមសិក្សានិងអនុវិទ្យាល័យ

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » គម្រោងការបញ្ជាក់ការចាក់ថ្នាំបង្ការសម្រាប់សិស្សបឋមសិក្សានិងអនុវិទ្យាល័យ

ក្នុងករណីកុមារដែលមានជីវភាពអង្គការរស់នៅជាក្រុម គេងាយឆ្លងជម្ងឺ យើងជម្រាបលោកអ្នកថា ដើម្បីធ្វើឲ្យមានប្រសិទ្ធិភាពក្នុងការបង្ការការពារជម្ងឺឲ្យបានខ្ពស់ ចំពោះសិស្សដែលចូលសាលាបឋមសិក្សានិងសាលាអនុវិទ្យាល័យ ជាថ្មី គួរតែគ្រប់គ្រងអ្នកដែលមិនទាន់ចាក់ថ្នាំ និងចុះឈ្មោះលើបញ្ជីចាក់ថ្នាំ ដោយបញ្ជាក់ថា តើការចាក់ថ្នាំបង្ការរួចហើយឬ អត់។

\* មាត្រាទី៣១ នៃ «ច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រងនិងបង្ការការពារជម្ងឺឆ្លង» និងមាត្រាទី១០ នៃ «ច្បាប់ស្តីពីការថែរក្សាសុខភាពក្នុងសាលារៀន»

- មនុស្សដែលជាគោលដៅនៃគម្រោង: ក្មេងៗទាំងអស់ដែលចូលរៀនជាថ្មីនៅសាលាបឋមសិក្សានិងអនុវិទ្យាល័យ
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការ ចំពោះគម្រោងការបញ្ជាក់
  - (សិស្សដែលនឹងចូលសិក្សានៅសាលាបឋមសិក្សា) អាយុ៤~៦ឆ្នាំ ការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំង៤ប្រភេទ
    - DTaP លើកទី៥, IPV លើកទី៤, MMR លើកទី២, ជម្ងឺរលាកខួរក្បាល ជប៉ុន(វ៉ាក់សាំងនិស្សកម្មទី៤ ឬវ៉ាក់សាំងរស់ ទី២)
    - (សិស្សដែលនឹងចូលសិក្សានៅអនុវិទ្យាល័យ) អាយុ១១~១២ឆ្នាំ ការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំង៣ប្រភេទ
      - Tdap(ឬTd)លើកទី៦, ជម្ងឺរលាកខួរក្បាល ជប៉ុន(វ៉ាក់សាំងនិស្សកម្មទី៥ ឬវ៉ាក់សាំងរស់ ទី២), HPVទៅ១ (ចំពោះសិស្សភេទស្រី)

- របៀបក្នុងគម្រោងការ

ដោយផ្ទាល់គ្នានឹងព័ត៌មានរបស់ក្រសួងការអប់រំអំពីសិស្សបឋមសិក្សានិងសិស្សអនុវិទ្យាល័យដែលចូលជាថ្មីនិងព័ត៌មានពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់ទីស្នាក់ការគ្រប់គ្រងជម្ងឺ យើងបញ្ជាក់ថា តើការចាក់ថ្នាំបង្ការរួចហើយឬ អត់ហើយនិងអនុសាសន៍ឲ្យចាក់ថ្នាំចំពោះអ្នកដែលមិនទាន់ចាក់ថ្នាំ។

※ អំពីខ្លឹមសារពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ នោះអាចបញ្ជាក់នៅអែប៊ែរទូរគមនាគមន៍ចល័ត និងគេហទំព័រអ្នកជំនួយចាក់ថ្នាំបង្ការហើយក្នុងករណីចុះឈ្មោះលើបញ្ជីក្នុងកំពូងទ័ររួច មិនត្រូវការចាំបាច់ដាក់<លិខិតបញ្ជាក់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ>ជូនទៅសាលារៀនទៀតឡើយ។

※ <អ្នកណាដែលហាមចាក់ថ្នាំបង្ការ> គួរតែសុំការចុះ<មូលហេតុហាមការចាក់ថ្នាំបង្ការ>នៅស្ថាប័នពេទ្យដែលត្រូវបានពិនិត្យតែក្នុងករណីពិបាកក្នុងការចុះលើបញ្ជី<មូលហេតុហាមការចាក់ថ្នាំបង្ការ>នោះ គួរសុំយកលិខិតពិនិត្យដែលមាន<មូលហេតុហាមការចាក់ថ្នាំបង្ការ> ដាក់ជូនសាលារៀន ក្រោយពេលចូលសិក្សា។

▶ អ្នកដែលហាមចាក់ថ្នាំបង្ការ

- ក្នុងករណីកាលពីមុនកើតមានប្រតិកម្មអាឡែហ្ស៊ី (ប្រតិកម្មថ្នាំ) ខ្លាំង ក្រោយចាក់ថ្នាំបង្ការ។
- ក្នុងករណីកាលពីមុនកើតជម្ងឺខួរក្បាលដែលមូលហេតុអត់ច្បាស់ ក្នុងរយៈពេល៧ថ្ងៃតាំងពីចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងបង្ការជម្ងឺក្អកមាន។
- អ្នកខ្លះភាពស្មាននឹងមេរោគ ឬអ្នកធ្លាប់ប្រើប្រាស់ថ្នាំបន្ថយភាពស្មាននឹងមេរោគ។

\* មូលហេតុបណ្តោះអាសន្ន ដែលចាក់ថ្នាំក្លប៊ុយលីន សម្រាប់កំដៅខ្ពស់ឬភាពស្មាននឹងមេរោគ ឬអាឡែហ្ស៊ីពុំមាន ជម្ងឺ អាថុកី ទាំងអស់នោះ មិនមែនជាមូលហេតុហាមឡើយ។



# 어린이가 건강한 대한민국 (캄보디아어)

## ប្រទេសកម្ពុជាដែលកុមារមានសុខភាពល្អ



질병관리청 | KMA | 예방접종전문위원회

ស្នងការដ្ឋានក្រុមប្រឹក្សាជាតិ  
គណៈកម្មាធិការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ

# 표준예방접종일정표(2023)

## តារាងកំណត់ពេលចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (2023)

대상질환별 질병명	백신종류 및 방편 ប្រភេទថ្នាំបង្ការរោគ	횟수 ចំនួនដំបូង	출생~개월이나 취학연령 ថ្ងៃកំណើត~ខែ ឬ វ័យចុះសាលា	1개월 ខែទី 1	2개월 ខែទី 2	4개월 ខែទី 4	6개월 ខែទី 6	12개월 ខែទី 12	15개월 ខែទី 15	18개월 ខែទី 18	19~23개월 ខែទី 19-23	24~35개월 ខែទី 24-35	만 4세 ឆ្នាំទី 4	만 6세 ឆ្នាំទី 6	만 11세 ឆ្នាំទី 11	만 12세 ឆ្នាំទី 12
B형간염 ជំងឺផ្លូវចាញ់ B	HepB	3	HepB 1ខែ លើកទី 1	HepB 2ខែ លើកទី 2	HepB 3ខែ លើកទី 3											
결핵 ជំងឺរាងកាយ	BCG (피내용 ចាក់ថ្នាំលើសាច់)	1	BCG 1ខែ លើកទី 1													
디프테리아, 파상풍, 백일해 ជំងឺធាតុស្បែក, ជំងឺធាតុស្បែក, ជំងឺធាតុស្បែក	DTaP	5	DTaP 1ខែ លើកទី 1	DTaP 2ខែ លើកទី 2	DTaP 3ខែ លើកទី 3	DTaP 4ខែ លើកទី 4	DTaP 5ខែ លើកទី 5									
폴리오 ជំងឺធាតុស្បែក	Tdap/Td	1														
인플루엔자 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	IPV	4	IPV 1ខែ លើកទី 1	IPV 2ខែ លើកទី 2	IPV 3ខែ លើកទី 3	IPV 4ខែ លើកទី 4										
홍역, 유행성 이하선염, 풍진 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ, ជំងឺប្រកួលរាងកាយ, ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	Hib	4	Hib 1ខែ លើកទី 1	Hib 2ខែ លើកទី 2	Hib 3ខែ លើកទី 3	Hib 4ខែ លើកទី 4										
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	PCV	4	PCV 1ខែ លើកទី 1	PCV 2ខែ លើកទី 2	PCV 3ខែ លើកទី 3	PCV 4ខែ លើកទី 4										
로타바이러스 감염증 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	PPSV	-														
중역, 유행성 이하선염, 풍진 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ, ជំងឺប្រកួលរាងកាយ, ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	RV1	2	RV 1ខែ លើកទី 1	RV 2ខែ លើកទី 2												
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	RV5	3	RV 1ខែ លើកទី 1	RV 2ខែ លើកទី 2	RV 3ខែ លើកទី 3											
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	MMR	2														
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	VAR	1														
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	HepA	2														
일본뇌염 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	IJEV	5														
일본뇌염 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	LJEV	2														
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	HPV	2														
수두 ជំងឺប្រកួលរាងកាយ	IIV	-														

- 국가예방접종:** 국가에서 권장하는 필수 예방접종(국가)는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음) 国家预防接种: 国家推荐的必需预防接种(国家)是根据《传染病预防及控制法》, 通过规定预防接种对象传染病和预防接种实施标准及方法, 并以此为依据筹措资源予以支持) 国家预防接种: 国家推荐的必需预防接种(国家)是根据《传染病预防及控制法》, 通过规定预防接种对象传染病和预防接种实施标准及方法, 并以此为依据筹措资源予以支持)
- 기타예방접종:** 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 무료 예방접종 其他预防接种: 预防接种对象传染病及指定传染病以外的传染病, 作为民间医疗机构接种可能的免费预防接种 其他预防接种: 预防接种对象传染病及指定传染病以外的传染病, 作为民间医疗机构接种可能的免费预防接种
- 예방접종:** 국가예방접종, 기타예방접종, 예방접종 제외 질병 预防接种: 国家预防接种, 其他预防接种, 预防接种除外疾病 预防接种: 国家预防接种, 其他预防接种, 预防接种除外疾病
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능** DTaP, IPV, Hib 疫苗是预防接种日程按照 DTaP-IPV 或 DTaP-IPV/Hib 混合疫苗接种可能 DTaP, IPV, Hib 疫苗是预防接种日程按照 DTaP-IPV 或 DTaP-IPV/Hib 混合疫苗接种可能



# 어린이 국가예방접종사업 안내

แนะนำการฉีดวัคซีนในเด็ก

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

การฉีดวัคซีนเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่ต้องฉีดวัคซีนซึ่งเป็นวิธีปลอดภัยและได้ประสิทธิผล ทางรัฐบาลจึงมีการสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้ฉีดวัคซีนฟรี

## » 국가예방접종 지원백신 วัคซีนที่รัฐบาลสนับสนุนให้ฉีด



**어린이가 건강한 대한민국 (태국어)**  
สาธารณรัฐเกาหลีที่มีเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง



**표준예방접종일정표(2023)**  
ตารางการให้วัคซีนสำหรับเด็ก(2023)

대상감염병 โรคติดต่อ	백신종류 및 방법 ชนิดวัคซีนและวิธีการ	횟수 จำนวน	연령-1개월 อายุ-1เดือน															
			1개월 1เดือน	2개월 2เดือน	4개월 4เดือน	6개월 6เดือน	12개월 12เดือน	15개월 15เดือน	18개월 18เดือน	19~23개월 19-23เดือน	24~35개월 24-35เดือน	만 4세 4ปี	만 6세 6ปี	만 11세 11ปี	만 12세 12ปี			
B형간염 ไวรัสตับอักเสบบี	HepB	3	HepB 1회 1회	HepB 2회 2회		HepB 3회 3회												
결핵 วัณโรค	BCG (매우중 요)	1	BCG 1회 1회															
디프테리아 ไอโอดีน 파상풍 중독성 백일해 โรคไอกรน	DTaP Tdap/Td	5		DTaP 1회 1회	DTaP 2회 2회	DTaP 3회 3회				DTaP 4회 4회					DTaP 5회 5회			
폴리오 โปลิโอ	IPV	4		PV 1회 1회	PV 2회 2회		PV 3회 3회								PV 4회 4회			
0형헤모필루스인플루엔자 ชนิด A	Hib	4		Hb 1회 1회	Hb 2회 2회	Hb 3회 3회												
폐렴구균 ชนิด 13 ชนิด	PCV	4		PCV 1회 1회	PCV 2회 2회	PCV 3회 3회	PCV 4회 4회											
폐렴구균 ชนิด 23 ชนิด	PPSV	-																
로타바이러스 감염증 โรค	RV1 RV5	2 3		RV 1회 1회	RV 2회 2회	RV 3회 3회												
홍역 โรค 유행성이하선염 โรคทาง ลมพิษ	MMR	2					MMR 1회 1회								MMR 2회 2회			
수두 โรคอีสุก อีใส	VAR	1					VAR 1회 1회											
A형간염 โรคไวรัสตับอักเสบบี	HepA	2								HepA 1-2회 1-2회								
일본뇌염 โรคไข้สมองอักเสบ	IJEV LJEV	5 2								IJEV 1-2회 1-2회		IJEV 3회 3회		IJEV 4회 4회		IJEV 5회 5회		
사람유두종바이러스 감염증 โรคหงอนไก่	HPV	2								LJEV 1회 1회		LJEV 2회 2회						
인플루엔자 โรคหวัดใหญ่	IIV	-																IIV 1-2회 1-2회

## » 무료 접종 지정 의료기관 สถาบันการแพทย์ที่กำหนดที่ฉีดวัคซีนฟรี

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- สถาบันการแพทย์ที่กำหนดจะค้นหาได้ผ่านเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน(<https://nip.kdca.go.kr>)
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* โปรดตรวจสอบชนิดวัคซีนที่สามารถฉีดได้ก่อนที่จะไปสถาบันการแพทย์ที่กำหนด
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* ข้อมูลสถาบันการแพทย์ที่กำหนดให้บริการเฉพาะภาษาเกาหลี
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- หากการจดทะเบียนเกิดล่าช้าเกินหนึ่งเดือนเนื่องจากเหตุผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คุณสามารถรับการฉีดวัคซีนได้ฟรี หากคุณได้รับ 'หมายเลขการจัดการชั่วคราว' สำหรับการฉีดวัคซีนจากศูนย์บริการสาธารณสุข
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- ประวัติการฉีดวัคซีนของลูกที่ลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ที่สถาบันการฉีดวัคซีนสามารถดูได้จากเว็บไซต์ของผู้ช่วยการฉีดวัคซีนหากคุณยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โปรดไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุดหรือสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนดเพื่อรับการฉีดวัคซีนฟรีหากคุณทำวัคซีนเสร็จแล้วแต่ไม่มีการลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ โปรดขอการลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์จากสถาบันการฉีดวัคซีน(ให้บริการเฉพาะภาษาเกาหลี).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดตรวจสอบเว็บไซต์ของผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนหรือติดต่อเราทางโทรศัพท์

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 웹사이트: <https://nip.kdca.go.kr> เบอร์โทรศัพท์: 043-719-8398~8399 สายด่วน ดานูรี: 1577-1366

# คู่มือขั้นตอนการฉีดวัคซีน

(สำหรับผู้ปกครองของครอบครัวหลากหลายวัฒนธรรม)

1. ดูแบบฟอร์มก่อนการฉีดวัคซีนที่เขียนเป็นภาษาแม่ของคุณและกรอก 'แบบสอบถามการฉีดวัคซีน (ภาษาเกาหลี)'

## <ข้อควรระวังในการกรอกแบบฟอร์มก่อนการฉีดวัคซีน>

- กรุณาเขียนชื่อสกุลของลูกของคุณเป็นภาษาเกาหลีหรือภาษาอังกฤษ
- หากคุณไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชน(หมายเลขประจำตัวชาวต่างชาติ) ให้จด 'หมายเลขการจัดการชั่วคราว' ที่ออกให้สำหรับการฉีดวัคซีนที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
- หากวันเดือนปีเกิดในทะเบียนราษฎรแตกต่างจากวันเกิดจริง ให้เขียนวันเดือนปีเกิดจริงลงในช่องที่เกี่ยวข้อง
  - \* ตารางการฉีดวัคซีนจะกำหนดโดยวันเดือนปีเกิดที่จริง ดังนั้นหากวันเดือนปีเกิดไม่ตรงกัน โปรดขอเปลี่ยนด้วยเอกสารที่จะรับรองวันเดือนปีเกิดที่จริงได้(สูติบัตร ฯลฯ)ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้ชิด
- หากวันนี้ คุณมีอาการดังต่อไปนี้ โปรดเขียนตามอาการต่อไปนี้

1. ไข้ 2. ไอ 3. เจ็บคอ (บวม) 4. ท้องร่วง 5. ปวดท้อง  
6. อาเจียน 7. ปวดหัว 8. อ่อนเพลีย 9. อื่นๆ

2. กรณารอที่หน้าคลินิกสักครู่จนกว่าจะเรียกชื่อลูกของคุณ

3. (ก่อนฉีดวัคซีน) ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนที่ผ่านมาของลูกของคุณ เพื่อดูว่าเคยฉีดวัคซีนเหมือนกันหรือไม่

- ※ หมอสามารถสอบถามประวัติการฉีดวัคซีนของลูกของคุณได้ผ่านระบบคอมพิวเตอร์
- ※ หากคุณมีใบรับรองการได้รับวัคซีนหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กให้แสดงต่อหมอ

4. (ก่อนฉีดวัคซีน) ตั้งใจฟังเนื้อหาการปรึกษาหารือและอาการไม่พึงประสงค์ที่หมออธิบายอย่างละเอียด

- ※ หากภาษาเกาหลีเป็นเรื่องยาก ขอให้หมอฟิมพ์ 'ประกาศการฉีดวัคซีน (VIS)' ที่เขียนเป็นภาษาแม่ของคุณและอ่านอย่างละเอียดเกี่ยวกับ 'ข้อควรระวังและปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน'

5. (เมื่อฉีดวัคซีน) เพื่อให้แน่ใจว่าหมอสามารถฉีดวัคซีนได้อย่างปลอดภัย หากเด็กยังเด็ก ผู้ปกครองจะนั่งเด็กที่ต้นขาและโอบร่างกายส่วนบนของเด็กไว้ด้วยแขนข้างหนึ่ง

6. (เมื่อฉีดวัคซีน) ตั้งใจฟังข้อควรระวังก่อนและหลังการฉีดวัคซีนอย่างละเอียด และรับการฉีดวัคซีน

7. (หลังฉีดวัคซีน) กำหนดวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไปของลูกโดยปรึกษากับหมอ

- \* เมื่อกรอกแบบฟอร์มก่อนการฉีดวัคซีนให้ 'ยินยอมให้แสดงหมายเลขโทรศัพท์มือถือและรับข้อความ' และแจ้งให้หมอทราบในภาษาที่คุณต้องการ นับจากวันที่ฉีดวัคซีนครั้งต่อไป 'ชื่อการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและวันที่ฉีดวัคซีน' จะถูกส่งข้อความเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาเกาหลี

เมื่อเลือกภาษาที่ต้องการ หากคุณลงทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้ปกครองคนอื่นเพิ่มเติม คุณทั้งคู่จะได้รับแจ้ง 'ตารางการฉีดวัคซีนครั้งต่อไป'

8. (หลังฉีดวัคซีน) อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 20 ถึง 30 นาที และสังเกตว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ใดๆ เกิดขึ้นหรือไม่

9. (หลังกลับบ้าน) สังเกตอาการอย่างระมัดระวังอย่างน้อย 3 ชั่วโมง และหากมีไข้สูงหรือมีอาการผิดปกติทางร่างกาย ให้ไปพบหมอทันที

หากคุณต้องการสำเนาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน โปรดติดต่อสายด่วน ดานูรี(1577-1366) คุณสามารถขอความช่วยเหลือได้โดยโทรหาเรา

# แบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

เพื่อความปลอดภัยในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค กรุณาอ่านและตอบคำถามด้านล่าง และเซ็นต์เพื่อยืนยันในช่องยืนยันความเป็นเจ้าตัว (ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) / ชื่อสกุล

ชื่อสกุล		หมายเลขประจำตัว	-	( <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง )
วัน เดือน ปีเกิด		หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว	-	( <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง )
เบอร์โทร	(บ้าน) (มือถือ)		น้ำหนัก	kg

การยินยอมในการดูแลจัดการข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง ) ยืนยัน <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

ตาม'กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ'มาตรา32และกฎหมายบังคับใช้ที่เกี่ยวข้องมาตรา32 ข้อ2 ทางหน่วยงาน ได้ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลขประจำตัวประชาชนและรายการเพิ่มเติมด้านล่าง

- วัตถุประสงค์ในการเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้เพื่อส่งข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและการสิ้นสุดการฉีดวัคซีนที่จำเป็น, หลังจากฉีดวัคซีนแล้วเกิดอาการผิดปกติหรือไม่
- รายการเก็บและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ข้อมูลส่วนบุคคล(ข้อมูลส่วนตัว, รวมหมายเลขบัตรประชาชน), เบอร์โทร(บ้าน/มือถือ)
- ระยะเวลาในการเก็บและใช้ : 5 ปี

ก่อนรับวัคซีนจะต้องยินยอมว่า ได้ทำการตรวจสอบเนื้อหาเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนตามระบบการจัดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคแล้ว	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
* หากไม่ทำการตรวจสอบรายการฉีดวัคซีนต้องมีการฉีดวัคซีนที่ไม่จำเป็นเพิ่มเติมหรือยกเว้นการฉีดวัคซีนได้	
ยินยอมให้ส่งข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและสิ้นสุดการฉีดวัคซีนที่จำเป็น	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
* หากไม่ทำการยินยอม จะไม่ได้รับข้อความ ตามรายการที่ไม่ทำการยินยอม	
ยินยอมให้ส่งข้อความแจ้งเกี่ยวกับคำแนะนำของอาการผิดปกติหลังจากฉีดวัคซีน	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
* หากไม่ทำการยินยอมจะไม่ได้รับข้อความตามรายการที่ไม่ทำการยินยอม	

ตรวจสอบข้อมูลของผู้รับวัคซีน	เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง ) ยืนยัน <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	---

วันนี้มีอาการเจ็บบริเวณไหนหรือไม่ ? กรุณาบอกอาการเจ็บ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยมีอาการแพ้เป็นผื่นหรือลมพิษหลังจากที่มีการฉีดวัคซีนป้องกัน หรือแพ้ยาแพ้อาหาร(รวมทั้งไข่)หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ในอดีตเคยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนหรือไม่ ? หากมีกรุณากรอกชื่อของวัคซีนที่เคยรับ (ชื่อวัคซีน: )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยได้รับการรักษาหรือตรวจเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากความพิการโดยกำเนิด, โรคหอบ, โรคเกี่ยวกับปอด, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับ, โรคเบาหวาน, ออร์โมน, หรือโรคทางเลือดหรือไม่? หากมีกรุณากรอกชื่อโรค ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยมีอาการชักหรือโรคทางประสาทส่วนสมอง (รวมทั้งกลุ่มอาการกิลแลงเบอร์เร) หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยเป็นโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างเช่นมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งหรือไม่ ? หากมีกรุณากรอกชื่อโรค (ชื่อโรค : )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ล่าสุด ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาเคยได้รับการรักษา โดยใช้ยาสเตียรอยด์, ยาต้านมะเร็ง หรือการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ล่าสุด 1ปีที่ผ่านมาเคยได้รับการให้เลือดหรืออิมมูโนโกลบูลินหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ล่าสุดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันแล้วหรือไม่ ? หากมีกรุณากรอกชื่อวัคซีน (ชื่อวัคซีน : )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
(สตรี) ปัจจุบันมีการตั้งครรภ์หรือ คาดว่าจะมีการตั้งครรภ์ใน เดือนถัดไปหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ข้าพเจ้า ยืนยันที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังจากได้รับการตรวจและฟังคำอธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติจากแพทย์แล้ว	
เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ชื่อสกุล : (ลายเซ็นต์) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับวัคซีน :	
* กรณีให้ผู้รับวัคซีนเป็นเด็กทารกที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด กรุณากรอกหมายเลขประจำตัวประชาชนของตัวแทนตามกฎหมาย ( - )	
ปี เดือน วัน	

ผลการตรวจสอบของแพทย์ก่อนรับวัคซีน (บันทึกของแพทย์)	ยืนยัน <input checked="" type="checkbox"/>
อุณหภูมิร่างกาย : °C	ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีนแล้ว <input type="checkbox"/>
'ได้อธิบายเกี่ยวกับ การตรวจสอบอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีน ประมาณ 20~30 นาที ก่อนที่จะออกจากหน่วยงานที่ได้มีการรับวัคซีนแล้ว	<input type="checkbox"/>
ผลการตรวจ :	
ผลจากการตรวจเช็คสภาพร่างกายแล้วสามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้	ชื่อแพทย์ : (ลายเซ็นต์)

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

## ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของลูก

### ■ หากประวัติการฉีดวัคซีนลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ มีประโยชน์อะไรบ้าง

1. คุณสามารถตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของลูกของคุณได้โดยตรงที่เว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน(<https://nip.kdca.go.kr>)
    - สมัครสมาชิกในเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนและลงทะเบียนลูกของคุณ
      - เข้าสู่เว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → [จัดการฉีดวัคซีน] → [จัดการฉีดวัคซีนของลูก] → [ลงทะเบียนข้อมูลลูก]
    - ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของลูกด้วยวิธีการต่อไปนี้
      - เว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → [จัดการฉีดวัคซีน] → [จัดการฉีดวัคซีนของลูก] → [สอบถามประวัติการฉีดวัคซีนของเด็ก]
  - ※ หากไม่ได้ลงทะเบียนประวัติการฉีดวัคซีน ให้ขอลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์จากสถาบันที่ได้รับการฉีดวัคซีน
  - ※ สมุดการฉีดวัคซีนเป็นสมุดที่ช่วยให้ผู้ปกครองจัดการประวัติการฉีดวัคซีนของลูกและไม่สามารถแทนที่ใบรับรองการฉีดวัคซีนได้
2. คุณสามารถรับใบรับรองการฉีดวัคซีนออนไลน์ได้ฟรี (ภาษาเกาหลีหรือภาษาอังกฤษ)
    - เข้าสู่ระบบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → จัดการฉีดวัคซีน → บริการทางอิเล็กทรอนิกส์ → ใบรับรองการฉีดวัคซีน
  3. เราจะแจ้งให้คุณทราบโดยข้อความของวันที่ฉีดวัคซีนครั้งต่อไป เพื่อให้คุณไม่ลืมวันที่ฉีดวัคซีนของลูก
    - หากคุณแจ้งหมายเลขโทรศัพท์มือถือของพ่อแม่(ผู้ปกครอง) ที่สามารถติดต่อได้ให้หมด คุณจะได้รับแจ้งวันที่ฉีดวัคซีนครั้งต่อไปทางข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนบังคับ
    - หากคุณต้องการภาษาต่างประเทศ ให้บอกภาษาที่ต้องการกับสถาบันกานฉีดวัคซีน

นอกจากภาษาเกาหลีแล้ว คุณยังสามารถรับข้อความในภาษาที่ต้องการได้

นอกจากนี้ยังสามารถลงทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้ปกครองคนอื่นเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถแจ้งกำหนดการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปร่วมกันได้

### ■ เมื่อกลับถึงเกาหลี โปรดขอรับใบรับรองการฉีดวัคซีนสำหรับลูกของคุณที่ได้รับการฉีดวัคซีนในต่างประเทศ

หลังจากพำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน คุณต้องได้รับใบรับรองการฉีดวัคซีนหรือเอกสารที่ลงนามหรือลงนามอย่างเป็นทางการโดยสถาบันการฉีดวัคซีนก่อนกลับเกาหลีและขอลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้ซิด

ในเกาหลี สำหรับการป้องกันและจัดการโรคติดเชื้อ และการคุ้มครองสุขภาพของเด็กและนักเรียนที่อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม จะต้องส่งใบรับรองการฉีดวัคซีนเมื่อเข้าสู่ศูนย์รับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียนประถมศึกษา/มัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อตรวจสอบว่าการฉีดวัคซีนเสร็จสิ้นแล้วหรือไม่\*

อย่างไรก็ตาม ใบรับรองการฉีดวัคซีนจะไม่ถูกส่งไปยังศูนย์รับเลี้ยงเด็กหรือโรงเรียน หากลงทะเบียนในศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค

\* ที่มา: มาตรา 31 「กฎหมายการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ」 มาตรา 10 กฎหมายสาธารณสุขในโรงเรียน มาตรา 31 วรรค 3 กฎหมายการเลี้ยงทารกและเด็ก

# คู่มือโครงการฉีดวัคซีนแห่งชาติ

## 국가예방접종 사업안내

### » โครงการฉีดวัคซีนในเด็กแห่งชาติ

เพื่อเป็นการปกป้องประชาชนจากโรคติดเชื้อที่ต้องฉีดวัคซีน เราจึงให้เงินช่วยเหลือค่าฉีดวัคซีนที่จำเป็นอย่างเต็มที่

- เป้าหมาย: เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี
  - ※ สำหรับเป้าหมาย โปรดติดต่อศูนย์บริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุดหรือสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนด
- ประเภทของวัคซีน: 18 อย่าง

วัคซีน (BCG, ฉีดในชั้นผิวหนัง) วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี B(HepB) วัคซีนคอตีบ/โรคบาดทะยัก/โรคไอกรน(DTaP) วัคซีนบาดทะยัก/โรคคอตีบ(Td) วัคซีนบาดทะยัก/โรคคอตีบ/โรคไอกรน(Tdap) วัคซีนโปลิโอ(IPV) ) วัคซีนคอตีบ/โรคบาดทะยัก/โรคไอกรน/วัคซีนโปลิโอ(DTaP-IPV) วัคซีนคอตีบ/โรคบาดทะยัก/โรคไอกรน/วัคซีนโปลิโอ/ฮิบ(DTaP-IPV/Hib) ฮิบ(Hib) นิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต(PCV) วัคซีนหัด/โรคคางทูม/หัด(MMR) วัคซีนอีสุกอีใส(VAR) วัคซีนชนิดเชื้อไม่มีชีวิตของโรคไข้สมองอักเสบเจอี(IJEV) วัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ ของโรคไข้สมองอักเสบเจอี(LJEV) วัคซีนไวรัสตับอักเสบบีชนิด A (HepA) วัคซีนเอชพีวี(HIPV) ไข้หวัดใหญ่(IIV) ไรตาไวรัส(RV)

※ สำหรับวัคซีนบางชนิด เช่น บีซีจีสำหรับวิธีการฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง ไวรัสตับอักเสบบี ปลอดภัย และอีโมฟิลัส อินฟลูเอนซา ประเภท บี อายุของการสนับสนุนมีจำกัด

- สถาบันการฉีดวัคซีน: สถาบันการแพทย์หรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่กำหนดใกล้ชิด
  - ※ สถาบันการแพทย์ที่กำหนด: คุณสามารถตรวจสอบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ศูนย์บริการสาธารณสุข : จำเป็นต้องตรวจสอบก่อนเข้ารับบริการว่าฉีดวัคซีนได้หรือไม่

### » โครงการป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีปริกำเนิด

เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เราให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่สำหรับค่าใช้จ่ายการฉีดอิมมูโนโกลบูลินตั้งแต่แรกเกิด การฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี และการทดสอบแอนติเจน/แอนติบอดี

- เป้าหมาย:
  - เด็กที่เกิดจากมารดาที่มีผลบวกต่อแอนติเจนหรืออีแอนติเจนไวรัสตับอักเสบบีและส่งผลการตรวจก่อนคลอดและลงนามในข้อตกลงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล
  - ※ ผลการตรวจมารดาที่ตรวจพบต่อแอนติเจนหรืออีแอนติเจนไวรัสตับอักเสบบีเป็นบวกระหว่างตั้งครรภ์หรือภายใน 7 วันหลังคลอด
- รายละเอียด:
  - อิมมูโนโกลบูลิน 1 ครั้ง (เมื่อแรกเกิด), การฉีดวัคซีนพื้นฐาน 3 ครั้ง (0, 1, 6 เดือน), หลังการฉีดวัคซีนขั้นพื้นฐาน การทดสอบแอนติเจน/แอนติบอดีไวรัสตับอักเสบบีจะได้รับเงินอุดหนุนอย่างเต็มที่
  - ※ การสนับสนุนเพิ่มเติมสำหรับค่าใช้จ่ายการฉีดวัคซีนซ้ำ (สูงสุด 3 ครั้ง) และการทดสอบซ้ำ (สูงสุด 2 ครั้ง) ขึ้นอยู่กับผลการทดสอบแอนติเจน/แอนติบอดีเบื้องต้น
  - ※ สถาบันการแพทย์ที่กำหนด: คุณสามารถตรวจสอบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ศูนย์บริการสาธารณสุข : จำเป็นต้องตรวจสอบก่อนเข้ารับบริการว่าฉีดวัคซีนได้หรือไม่

## โครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนแห่งชาติ 국가예방접종 지원사업

### » โครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนแห่งชาติสำหรับการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา(HPV)

เราสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา(HPV) เพื่อป้องกันมะเร็ง เช่น มะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากการติดเชื้อ HPV

- เป้าหมาย: วัยรุ่นหญิงอายุ 12 ถึง 17 ปี ผู้หญิงที่มีรายได้ต่ำ\* อายุ 18 ถึง 26 ปี
  - ※ ผู้รับเงินค่าครองชีพขั้นพื้นฐานและชั้นสูงสุดอันดับสอง(น้อยกว่า 50% ของรายได้มาตรฐานมาตรฐาน)ตามกฎหมายการรับประกันการดำรงชีวิตของประชาชน
- รายละเอียด : ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา(HPV) 2-3 ครั้ง\*
  - \* ขึ้นอยู่กับอายุของการฉีดวัคซีนครั้งแรก อายุ 12 ถึง 14 ปี 2 ครั้ง อายุ 15 ปีขึ้นไป 3 ครั้ง
  - \* ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับเด็กหญิงอายุ 12 ปี
- ประเภทของวัคซีน: กราดาซิล(HPV4) เซอวาริควซ์(HPV2)
- สถานประกอบการฉีดวัคซีน: สถานประกอบการแพทย์หรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่กำหนดใกล้ชิด
  - ※ สถานประกอบการแพทย์ที่กำหนด: คุณสามารถตรวจสอบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ศูนย์บริการสาธารณสุข : จำเป็นต้องตรวจสอบก่อนเข้ารับบริการว่าฉีดวัคซีนได้หรือไม่

### » โครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่แห่งชาติ

เราสนับสนุนค่าฉีดวัคซีนป้องกันไข้วัดใหญ่ในผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์ และเด็กที่อาศัยอยู่รวมกันอย่างต่อเนื่องจำนวน ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไข้วัดใหญ่

- เป้าหมาย: เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 13 ปี สตรีมีครรภ์ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป
- รายละเอียด: ฉีดวัคซีนไข้วัดใหญ่ 1 เข็ม
- สถานประกอบการฉีดวัคซีน: สถานประกอบการแพทย์หรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่กำหนดใกล้ชิด
  - ※ สถานประกอบการแพทย์ที่กำหนด: คุณสามารถตรวจสอบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - ศูนย์บริการสาธารณสุข : จำเป็นต้องตรวจสอบก่อนเข้ารับบริการว่าฉีดวัคซีนได้หรือไม่

# โครงการยืนยันการฉีดวัคซีนสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

## 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » โครงการยืนยันการฉีดวัคซีนสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

เด็กที่อาศัยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อ ดังนั้น เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของกลุ่มสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น เราตรวจสอบว่าการฉีดวัคซีนเสร็จสมบูรณ์แล้วหรือไม่\* และสนับสนุนให้ผู้บริหารที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนและการลงทะเบียนของ การฉีดวัคซีน

\* มาตรา 31 [กฎหมายด้านป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ] มาตรา 10 [กฎหมายอนามัยในโรงเรียน]

- เป้าหมาย: เด็กทุกคนเข้าชั้น ประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น
- การฉีดวัคซีนสำหรับเป้าหมายของโครงการ
  - (ประถมศึกษา) อายุ 4 ถึง 6 ปี วัคซีน 4 ชนิด  
DTap รอบที่ 5 IPV รอบที่ 4 MMR รอบที่ 2 วัคซีนเข็มสองแอกเสบเจอี(วัคซีนชนิดเชื้อ ่อไม่มีชีวิตของ รอบที่ 4 หรือวัคซีนเชื้อ ่อเป็นอ่อนฤทธิ์ รอบที่ 2)
  - (มัธยมต้น) อายุ 11-12 ปี วัคซีน 3 ชนิด  
Tdap(หรือ Td) รอบที่ 6 วัคซีนเข็มสองแอกเสบเจอี(วัคซีนชนิดเชื้อ ่อไม่มีชีวิตของ รอบที่ 4 หรือวัคซีนเชื้อ ่อเป็นอ่อนฤทธิ์ รอบที่ 2) HPV รอบที่ 1 (สำหรับเด็กหญิง)

#### ● รายละเอียด

โดยการเชื่อมโยงข้อมูลของนักเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นที่ลงทะเบียนในกระทรวงศึกษาธิการและข้อมูลการฉีดวัคซีนของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งเกาหลี เราตรวจสอบว่าการฉีดวัคซีนสำหรับเป้าหมายของโครงการได้เสร็จสิ้นแล้วหรือไม่และสนับสนุนผู้ที่มิ ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน

※ ประวัติการฉีดวัคซีนที่ลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์สามารถตรวจสอบได้จากเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน และไม่จำเป็นต้องส่ง <ใบรับรองการฉีดวัคซีน> ไปที่โรงเรียน

※ สำหรับ <ผู้ห้ามรับวัคซีน> ให้ขอขึ้นทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ของ <เหตุผลที่ห้ามฉีดวัคซีน> ที่สถาบันทางการแพทย์ที่ได้รับการวินิจฉัย (การฉีดวัคซีน) แต่ หากเป็นเรื่องยากสำหรับสถาบันทางการแพทย์ที่จะลงทะเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์สำหรับ <เหตุผลที่ห้ามฉีดวัคซีน> ให้ออกใบรับรองแพทย์ที่ระบุ <เหตุผลที่ห้ามฉีดวัคซีน> และส่งไปยังโรงเรียนหลังการรับเข้าเรียน

#### ▶ ผู้ห้ามรับวัคซีน

- กรณีที่เกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง(ภูมิแพ้รุนแรงเฉียบพลัน)กับส่วนประกอบของวัคซีนหรือหลังการฉีดวัคซีนครั้งก่อน
- ในกรณีที่มิโรคไข้มองอักเสบเกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุภายใน 7 วันหลังให้วัคซีนไอกรน
- ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือผู้ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน

\* เหตุผลชั่วคราว เช่น มีไข้สูง การให้อิมมูโนโกลบูลิน แพ้ไข่ ผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง เป็นต้น ไม่ใช่เหตุผลที่ห้าม



# 어린이가 건강하길 바란다 (EHC 0-1)

## สาธารณสุขเกาหลีที่มีเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง

# 표준예방접종일정표(2023)

## ตารางการให้วัคซีนสำหรับเด็ก(2023)

대상 감염병 โรคติดต่อ	백신 종류 및 방법 ชนิดวัคซีนและวิธีการ	최소 อายุนับ	출생~7개월 이내 생후 7 เดือน	1개월 1เดือน	2개월 2เดือน	4개월 4เดือน	6개월 6เดือน	12개월 12เดือน	15개월 15เดือน	18개월 18เดือน	19~23개월 19~23เดือน	24~35개월 24~35เดือน	만 4세 4ปี	만 6세 6ปี	만 11세 11ปี	만 12세 12ปี
B형간염 ไวรัสตับอักเสบบี	HepB	3	HepB 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	HepB 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2												
결핵 วัณโรค	BCG	1	BCG 1회 วัคซีนเข็มที่ 1													
디프테리아 โรคคอหอย 파상풍 บาดทะยัก	DTaP	5	DTaP 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	DTaP 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2	DTaP 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	DTaP 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	DTaP 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	DTaP 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	DTaP 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	DTaP 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4			DTaP 5차 1회 วัคซีนเข็มที่ 5			
폴리오 โปลิโอ	Tdap/Td	1														
폴리오 โปลิโอ	IPV	4	IPV 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	IPV 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2	IPV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	IPV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	IPV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	IPV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	IPV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	IPV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4			IPV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4			
b형헤모필루스 인플루엔자 ไข้หวัดใหญ่ชนิด B	Hib	4	Hib 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	Hib 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2	Hib 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	Hib 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	Hib 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	Hib 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	Hib 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	Hib 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4						
파렴균 น้ำอสุยชนิดของลูก	PCV	4	PCV 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	PCV 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2	PCV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	PCV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	PCV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	PCV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	PCV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	PCV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4						
PPSV	PPSV	-														
로타바이러스 감염증 โรคท้องร่วง	RV1	2	RV 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	RV 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2												
RV5	RV5	3	RV 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	RV 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2	RV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	RV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	RV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	RV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4	RV 3차 1회 วัคซีนเข็มที่ 3	RV 4차 1회 วัคซีนเข็มที่ 4						
홍역 โรคหัด 유행성 이하선염 โรคคางทูม	MMR	2						MMR 1차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1	MMR 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2					MMR 2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 2		
수두 โรคหัดอี	VAR	1						VAR 1회 1회 วัคซีนเข็มที่ 1								
A형간염 โรคไวรัสตับอักเสบบี A	HepA	2														
일본뇌염 โรคไข้สมองอักเสบ	IJEV	5														
일본뇌염 โรคไข้สมองอักเสบ	LJEV	2														
사람유두종 바이러스 감염증 โรคหงา	HPV	2														HPV 1~2차 1회 วัคซีนเข็มที่ 1~2
인플루엔자 ไข้หวัดใหญ่	IIV	-														

● 국가예방접종 : 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)를  
관리하는 예방접종이다. 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)를  
국가예방접종 : 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)를  
관리하는 예방접종이다. 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)를

● 기타예방접종 : 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종  
관리하는 예방접종이다. 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)를

● DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종 가능  
하지만 DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종 가능

● DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종 가능

● DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종 가능



# 어린이 국가예방접종사업 안내

## Patnubay para sa pambansang pagbabakuna ng bata

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

Ang pagbabakuna ay libring ibinigay ng pamahalaan para sa ligtas at mabisang paraan para maprotektahan ang kabataan sa mga nakakahawang sakit na napapailalim sa pagbabakuna, at para maiwasang mahawaan ng sakit.

### » 국가예방접종 지원백신 Suportang bakuna ng pamahalaan

대상감염병 Nakakahawang sakit	백신종류 및 방법 Uri ng bakuna at paraan	회수 Bila ng	출생~1개월이나 Kapag nakamula sa buong buwan	1개월 1buwan	2개월 2buwan	4개월 4buwan	6개월 6buwan	12개월 12buwan	15개월 15buwan	18개월 18buwan	19~23개월 19~23buwan	24~35개월 24~35buwan	만 4세 4taon	만 6세 6taon	만 11세 11taon	만 12세 12taon
B형간염 Hepatitis B	HepB	3	HepB una	HepB pangalawa			HepB pangatlo									
결핵 Tuberkulosis	BCG (피내용 Intra-dermal)	1	BCG 1회 1boses													
디프테리아 Difterya	DTaP	5		DTaP una	DTaP pangalawa	DTaP pangatlo			DTaP pangapat				DTaP pang-ina			
파상풍 Tetanus	Tdap/Td	1														Tdap/Td pang-anim
백일해 Pertussis																
폴리오 Folio	IPV	4		IPV una	IPV pangalawa		IPV pangatlo									IPV 4th pang-apat
b형헤모필루스인플루엔자 Haemophilus influenzae type B	Hib	4		Hib una	Hib pangalawa	Hib pangatlo	Hib pangapat									
폐렴구균 Pneumococcus	PCV	4		PCV una	PCV pangalawa	PCV pangatlo	PCV pangapat									
PPSV		-											고위험군에 한하여 접종. Bakuna para sa makalag panganim			
로타바이러스 감염증 Rotavirus	RV1	2		RV una	RV pangalawa											
RV5		3		RV una	RV pangalawa	RV pangatlo										
홍역 Tydas	MMR	2					MMR una						MMR pangalawa			
유행성이하선염 Mumps/Bki																
홍진 Rubella																
수두 Bulotong	VAR	1					VAR boses									
A형간염 Hepatitis A	HepA	2						HepA una-pangalawa								
일본뇌염 Japanese Encephalitis	IJEV	5						IJEV una-pangalawa		IJEV 3th pangatlo		IJEV pang-apat				IJEV pang-ina
LJEV		2					LJEV una			LJEV pangalawa						
사람유두종바이러스 감염증 Human Papillomavirus	HPV	2														HPV una-pangalawa
인플루엔자 Influenza	IIV	-														IIV boses 4 Taonang pagbakuna

### » 무료 접종 지정 의료기관 Itinalagang institusyong medikal para sa librang pagbabakuna

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Ang itinalagang institusyong medikal ay makikita sa site ng Vaccine Assistance NuriJib (<https://nip.kdca.go.kr>)
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* Suriin kung anong bakuna ang pwede bago pumunta sa institusyon.
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* Ang impormasyon ng itinalagang institusyong medikal ay nakalaad sa korea.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Kung mahigit sa isang buwan bago naiparehiistro ang kapanganakan dahil sa hindi maiwasang kadahilanan makakakuha ng librang pagbabakuna kung kukuha ng 'pansamantalang numero ng pamamahala' sa public health center.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Ang talaan ng pagbabakuna ng iyong anak na nakatala sa institusyon ng pagbabakuna ay maaaring matagpuan sa Vaccine Assistance NuriJib or sa Mobile app. Kapag hindi nakumpleto ang pagbabakuna, Pumunta sa pinakamalapit na public health center or sa itinalagang institusyong medikal at magpapakuna ng libre. Kapag kumpleto ang bakuna pero walang pangalang nakatala maaring tumawag sa ahensya ng pagbabakuna at ihiling na itala ang pangalan(wikang korean lang ang pwede)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- Kung mayroon pang katanungan maaring suriin sa Vaccine Assistance NuriJib or sa mobile app o di kaya tumawag.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 NuriJib: <https://nip.kdca.go.kr> | Telepono: 043-719-8398~8399 | Danuri helpline: 1577-1366

# Patnubay sa pamamaraan ng pagbabakuna

(para sa guardian ng multikultural na pamilya)

1. Tingnan ang talahanayan ng pagbabakuna na nakasulat sa sariling wika at isulat sa (korean) na talahanayan.

## <Dapat tandaan sa pagsulat sa Talahanayan ng pagbabakuna>

- Isulat ang pangalan ng anak sa korean or english
- Isulat ang korean registration number(alien registration card number). Kung saka sakaling walang korean registration number(alien registration card number) isulat ang pansamantalang numero ng pamamahala na ibinigay ng public health center para makatangap ng pagbabakuna.
- Kapag ang iyong aktwal na taon buwan at araw ng kapanganakan at ang nakasulat na taon buwan at araw ng kapanganakan sa registration card ay magkaiba maaring isulat lamang ang aktwal na taon buwan at araw ng kapanganakan.
  - \* Ang iskedyul ng pagbabakuna ay batay sa aktwal na taon buwan at araw ng kapanganakan, kapag magkaiba ang aktwal na taon buwan at araw ng kapanganakan dalhin ang katibayan na dokumento(birth certificate) sa pinakamalapit na public health center para baguhin.
- Kapag may sakit ngayon at mayroong sintomas na nararamdaman maaring punan ang mga sumusunod na sintomas

**1. Lagnat 2. Ubo 3. Masakit ang lalamunan(namamaga) 4. Nagtatae 5. Masakit ang tiyan  
6. Nasusuka 7. Masakit ang ulo 8. Walang lakas 9. at kung ano pa.**

2. Hanggang sa matawag ang pangalan ng anak maari lamang maghintay sa harap ng opisina ng bakunahan
3. (Bago magpabakuna) Suriin ang nakaraang bakuna ng anak kung mayroong magkatugmang nabakuna.
  - ※ Masusuri ng doktor na sumuri ang kasaysayan ng bakuna ng iyong anak sa computer.
  - ※ Kung saka sakaling dala ang sertipiko ng pagbabakuna o ang babybook na nakarecord ang bakuna ng anak maaring ipakita sa doctor.
4. (Bago bakunahan) Makinig ng mabuti sa paliwanag ng doktor na susuri tungkol sa mga payo at maaaring maging sintomas.
  - ※ Kapag nahihirapan sa korean hilingin sa doktor na sumusuri na ipa-print ang 'Patnubay sa Pagbabakuna(VIS)' na nakasulat sa sariling wika at basahin ng maigi ang dapat tandaan pagkatapos magpabakuna at maaring maging sintomas.
5. (Oras ng pagbakuna) Upang matiyak ng doktor na sumusuri ang kaligtasan ng pagbabakuna, kapag sanggol pa lamang ay paupuin ninyo sa hita ang sanggol at yakapin ang katawan ng sanggol.
6. (Oras ng pagbakuna) Pakinggan ang dapat tandaan bago at pagkatapos ng pagbabakuna, at magpabakuna.
7. (Pagkatapos magpabakuna) Pag-usapan ang araw ulit ng pagbakuna ng anak kasama ang doktor na sumuri at e-setle ito.
  - \* Sa pagsulat sa talahanayan 'isulat ang telepono at aprobahan ang pagpapadala ng mensahe', Kung sasabihin sa doktor na sumusuri ang wikang gusto, ipapadala ang 'araw at pangalan ng babakunahan' na mensahe sa piniling wika maliban sa wikang Koreano para sa susunod na pagbabakuna.
  - Sa pagpili ng nais na wika, maaaring irehiistro ang mobile phone number ng isa pang guardian at padadalhan ng 'iskedyul ng susunod na bakuna' na mensahe.
8. (Pagkatapos magpabakuna) Manatili sa hospital ng 20~30 minuto at bantayan kung walang sintomas.
9. (Pagkatapos umuwi) Bantayan ng maayos kung may sintomas sa loob ng 3oras, Kung saka sakaling nilagnat ng mataas at may ibang sintomas magpa checkup agad sa doctor.

Kung may koneksyon sa pagbabakuna at kailangan ang tagapagsalin ng wika pwedeng tumawang sa Danuri helpline  
(☎ 1577-1366) para humingi ng tulong.

# Questionnaire para sa Pagpapabakuna

Para sa ligtas na pagpapabakuna, mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na katanungan. Siguraduhin ding isulat nang maayos ang inyong pangalan (o pangalan ng legal na tagapangalaga) sa ibaba.

Pangalan		Resident Registration No.	-	( <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae)
Petsa ng Kapanganakan (YYYY.MM.DD)		Alien Registration Card No.	-	( <input type="checkbox"/> Lalake <input type="checkbox"/> Babae)
Telepono	(Bahay)	(Cellphone)	Timbang	kg

Kasunduan tungkol sa Pangongolekta ng Personal na Impormasyon para sa Pagpapabakuna	Pasyente/Magulang/ Legal na Tagapangalaga <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

Ayon sa Artikulo 32 at Artikulo 32-3 ng 'Batas para Mapangasiwaan at Maiwasan ang Pagkalat ng Nakakahawang Sakit, kinakailangang kolektahin ang inyong resident registration number at iba pang personal na impormasyon at iba pang sensitibong impormasyon. Bukod pa rito, ilan pa sa karagdagang impormasyon ang kailangang kolektahin:

- Layunin ng pangongolekta at paggamit ng personal na impormasyon: Pagpapadala ng text message tungkol sa iskedyul ng susunod na pagpapabakuna, kung tapos na ang pagpapabakuna, at para malaman kung may masama bang epekto ang bakuna matapos ito isagawa
- Klase ng personal na impormasyong kokolektahin: Personal na impormasyon (sensitibong impormasyon, resident registration no., atbp.), telepono (bahay/cellphone)
- Panahon ng pagtatago at paggamit sa personal na impormasyon: 5 taon

Bago isagawa ang pagpapabakuna, pumapayag ako na ipagbigay-alam ang impormasyon tungkol sa pagpapabakuna sa Immunization Registry Information System (IRIS).  
\* Sakaling hindi kayo sumang-ayon, maaaring madoble ang pagpapabakuna o magkaroon ng cross-vaccination na hindi naman kinakailangan.

Oo  Hindi

Sumasang-ayon ako sa pagtanggap ng text messages para sa paalala tungkol sa susunod na iskedyul ng pagpapabakuna at kumpirmasyon sa natapos nang bakuna.  
\* Sakaling hindi kayo sumang-ayon, hindi kayo makakatanggap ng text message tungkol sa pagpapabakuna.

Oo  Hindi

Sumasang-ayon ako sa pagtanggap ng tawag sa telepono tungkol sa mga katanungan kaugnay ng side effects ng bakuna (matapos isagawa ang pagbabakuna). \* Sakaling hindi kayo sumang-ayon, hindi kayo makakatanggap ng tawag tungkol dito.

Oo  Hindi

Mga Bagay na Kailangang Tiyakin Bago ang Pagpapabakuna	Pasyente/Magulang/ Legal na Tagapangalaga <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

May nararamdaman ba kayong (pasyente) sakit? Kung mayroon, isulat sa ibaba kung ano ito. ( )

Oo  Hindi

Naranasan niyo (pasyente) na bang magkaroon ng allergic reactions (pagkakaroon ng pantal, pangangati) dahil sa pagkain (kasama na ang itlog) o gamot o kaya dahil sa pagpapabakuna?

Oo  Hindi

May naranasan na ba kayong (pasyente) hindi maganda epekto ng pagpapabakuna dati? Kung mayroon, isulat sa ibaba ang uri ng bakuna. (Pangalan ng Bakuna: )

Oo  Hindi

Nakatanggap na ba kayo (pasyente) ng diagnosis tungkol sa congenital anomaly, asthma, problema sa baga, puso, bato (kidney), o pagkakaroon ng metabolic disease (hal., diabetes) o sakit sa dugo? Kung mayroon, pakisulat ang sakit sa baba. ( )

Oo  Hindi

Naranasan niyo (pasyente) na bang magkaroon ng seizure o sakit sa utak o sa nervous system (gaya ng Guillain-Barre Syndrome)?

Oo  Hindi

Mayroon ba kayong (pasyente) cancer, leukemia o sakit sa immune system? Kung mayroon, isulat ito sa ibaba. (Uri ng Sakit : )

Oo  Hindi

Sa loob ng nakaraang 3 buwan, nakatanggap ba kayo (pasyente) ng steroids, chemotherapy o radation sessions?

Oo  Hindi

Sa loob ng nakaraang 1 taon, nakatanggap ba kayo (pasyente) ng dugo (blood transfusion) o naturukan kayo ng immunoglobulin?

Oo  Hindi

Sa loob ng 1 buwan, nakapagpapabakuna ba kayo (pasyente)? Kung oo, isulat ang uri ng bakunang tinanggap. (Uri/Pangalan ng Bakuna : )

Oo  Hindi

(Para sa mga babae) Kayo ba ay nagdadalang-tao o may posibilidad bang magbuntis kayo sa loob ng 1 buwan mula sa araw na ito?

Oo  Hindi

Sumasang-ayon ako sa pagtanggap ng bakuna matapos marinig ang paliwanag tungkol sa resulta ng eksaminasyon at tungkol sa mga maaaring maging epekto ng pagpapabakuna.

Pangalan (legal na representatibo, magulang): (Lagda) Relasyon sa Pasyente: \_\_\_\_\_  
\* Resident Registration No. ng legal guardian (sakaling ang pasyente ay sanggol na hindi pa napaparehistro ang kapanganakan) \_\_\_\_\_  
Taon \_\_\_\_\_ Buwan \_\_\_\_\_ Araw \_\_\_\_\_

Resulta ng Screening Bago ang Pagpapabakuna (Sasagutan ng Doktor)	Check <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

Temperatura ng Katawan : \_\_\_\_\_ °C Naipaliwanag na sa pasyente ang maaaring epekto ng pagpapabakuna.

Naipaliwanag na sa pasyente na kailangan nilang manatili sa ospital sa loob ng 20-30 minuto matapos ang pagpapabakuna para matiyak kung may side effects ba ang bakuna.

Resulta ng screening :

Base sa nakaraang medikal na kondisyon ng pasyente at resulta ng pisikal na eksaminasyon, maaaring makatanggap ng bakuna ng pasyente. Pangalan ng doktor : \_\_\_\_\_ (Lagda)



# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

Suriin ang record ng bakuna ng anak.

## ■ Ano ang magandang pakinabang sa pagrecord ng talaan ng pagbabakuna sa computer?

### 1. Ang talaan ng pagbabakuna ng iyong anak ay maaaring matagpuan sa Vaccine Assistance NuriJib(<https://nip.kdca.go.kr>) or sa Mobile app.

- Magpamiyembro sa Vaccine Assistance NuriJib(<https://nip.kdca.go.kr>), at iparehistro ang iyong anak.
    - Magpamiyembro sa Vaccine Assistance NuriJib → [pamamahala ng bakuna] → [pamamahala sa bakuna ng anak] → [Isulat ang impormasyon ng bata]
  - Makikita sa sumusunod na paraan ang nakarehistrong nabakunahan sa anak.
    - Vaccine Assistance NuriJib → [pamamahala ng bakuna] → [pamamahala sa bakuna ng anak] → [tingnan ang detalye ng bakuna ng anak]
- ※ Kapag ang record ng pagbabakuna ay hindi nakarehistro, hilingin sa institusyon kung saan nagpabakuna na iparecord ito.  
 ※ Ang Immunization Handbook ay para makatulong sa guardian para pamamahalaan ang record ng bakuna ng anak pero hindi ito sertipiko ng pagbabakuna.

### 2. Ang sertipiko ng pagbabakuna ay makakuha sa online ng libre(korean at english)

- Vaccine Assistance Mobile app login → [Namamahala ng Pagbabakuna] → [Sertipiko sa pagbabakuna]

### 3. Magpapadala ng mensahe para hindi makalimutan ang susunod na pagbabakuna ng anak.

- Magpapadala ng mensahe para sa kailangang ibakuna kung ibibigay sa doktor ang numero ng telepono ng magulang(guardian) na pwedeng kontakin.
- Kung saka sakaling, gusto ang wikang banyaga maaring sabihin sa institusyon ng pagbabakuna ang gustong wika. at ipapadala ang mensahe sa korean at sa wikang gusto. at para parehas makatanggap ng mensahe pwedeng isulat ang telepono ng guardian.

## ■ Kunin ang sertipiko ng pagbakuna ng iyong anak na nabakunahan sa ibang bansa.

Pagakatapos manatili ng matagal sa ibang bansa, bago bumalik kunin ang english na sertipiko ng pagbabakuna at selyo o opisyal na pirma(official signature or stamp) at hilingin sa public health center na iparehistro ito.

Ang korea ay pangkat ng grupong bata, Para sa pamamahala ng nakakakahawang sakit at para maprotektahan ang kalusugan kailangan ipasa ang sertipiko ng pagbabakuna pagkapasok sa daycare center at elementary school at middle school at tinitingnan kung tapos\* ng tanggapin ang pagbabakuna.

Gayunpaman, kapag nakarehistro sa Korea Centers for Disease control and Prevention ay hindi na kailangang magpasa ng sertipiko ng pagbabakuna sa daycare center at eskwelahan.

\* Batayan: Artikulo 37 ng batas sa pag-iwas at pamamahala ng mga nakakahawang sakit, Artikulo 10 ng batas sa kalusugan ng paaralan, at artikulo 31. 3

# Programang Suporta Para sa Pambansang Pagbabakuna

## 국가예방접종 사업안내

### » Programang Suporta Para sa Pambansang Pagbabakuna ng mga Kabataan

Suportado ang buong gastos para sa mga pangunahing bakuna upang maprotektahan ang mga mamamayan mula sa mga nakakahawang sakit.

- Sino ang makakatanggap: mga kabataang 12 taon gulang pababa
  - ※ Para sa mga makakatanggap, makipag-ugnayan sa malapit na pampublikong sentro ng kalusugan o sa itinalagang medikal na institusyon
- Uri ng bakuna: 18 uri

Tuberculosis(BCG, intradermal), Hepatitis B(HepB), Diphtheria/Tetanus/Pertussis(DTaP), Tetanus/Diphtheria(Td), Tetanus/Diphtheria/Pertussis(Tdap), Polio(IPV), Diphtheria/Tetanus/Pertussis/Polio (DTaP-IPV), Diphtheria/Tetanus/Pertussis/Polio/Haemophilus Influenza type b(DTaP-IPV/Hib) Haemophilus Influenza type b(Hib), Diplococcus Pneumoniae(PCV), Tigdas/Mumps/Rubella(MMR), Chicken pox(VAR), Hepatitis A(HepA), Bakuna sa Inactivated Japanese Encephalitis (IJEV), Bakuna sa Live-attenuated Japanese Encephalitis(LJEV), Hepatitis A(HepA), Human Papilloma Virus(HPV), Influenza(IIV), Rotavirus (RV)

- ※ May limitasyon sa edad ang suporta para sa mga bakunang tulad ng Intradermal BCG, Hepatitis A, Diplococcus Pneumoniae, Haemophilus influenzae type b, atbp.
- Institusyon ng Pagbabakuna: sa malapit na itinalagang medikal na institusyon o pampublikong sentro ng kalusugan
  - ※ Itinalagang medikal na institusyon: maaaring suriin sa website ng Gabay sa Pagbabakuna Nuriijb(<https://nip.kdca.go.kr>)
  - Pampublikong Sentro ng Kalusugan: Kailangang kumpiramahin muna ang pagbabakuna bago bumisita

### » Programang Pag-iwas sa Impeksiyon ng Perinatal Hepatitis B

Upang maiwasan ng bagong silang na sanggol ang impeksiyon ng perinatal Hepatitis B mula sa inang positibo sa Hepatitis B, ang iniksyon ng immunoglobulin, bakuna sa Hepatitis B, antigen-antibody na eksaminasyon ay suportado nang buo.

- Sino ang makakatanggap
  - Mga sanggol na ipinanganak mula sa inang positibo sa Hepatitis B surface Antigen(HBsAg) o sa Hepatitis B e antigen(HBeAg) na kung saan ang ina ay nagsumite ng resulta ng eksaminasyon\* noong nagbubuntis at sumang-ayon sa pagbibigay ng personal na impormasyon
  - ※ Positibong resulta ng Hepatitis B surface Antigen(HBsAg) o ng Hepatitis B e antigen(HBeAg)ng ina habang nagbubuntis o sa loob ng 7 araw pagkatapos manganak
- Detalye ng suporta
  - Buong suporta para sa 1 beses na immunoglobulin na bakuna(pagkapanganak), 3 beses na pangunahing bakuna(ika-0, 1, 6 na buwan), 1 beses na eksaminasyon ng Hepatitis B antigen-antibody matapos ang pangunahing bakuna
  - ※ Karagdagang suporta para sa pagbabakunang muli(hanggang 3 beses) at muling eksaminasyon(hanggang 2 beses) depende sa resulta ng unang eksaminasyon sa antigen-antibody
  - ※ Pagsuri ng itinalagang medikal na institusyon: maaaring suriin sa website ng Gabay sa Pagbabakuna Nuriijb(<https://nip.kdca.go.kr>)
  - Pampublikong Sentro ng Kalusugan: Kailangang kumpiramahin muna ang pagbabakuna bago bumisita

# Proyektong Suporta sa Pambansang Pagpapabakuna

## 국가예방접종 지원사업

### » Proyektong Suporta sa Pambansang Pagpapabakuna para sa Nakakawang Sakit na Human Papilloma Virus (HPV)

Suportado ang bayad sa pagbabakuna sa HPV upang maiwasan ang kanser tulad ng cervical cancer na dulot ng impeksyon ng human papilloma virus (HPV).

- Sino ang makakatanggap: Mga batang babae edad 12 ~ 17 taon gulang, 18~26 taon gulang na babae at may mababang kita
  - ※ Napapasailalim sa National Basic Livelihood Security Act at sambahayang may kalagitnaang kita (50% o mas mababa sa baseline ng kita)
- Detalye ng suporta : Pagbabakuna ng Human Papilloma Virus(HPV) 2~3 beses\*
  - \* 2 beses para sa 12~14 taong gulang batay sa edad ng unang bakuna, 3 beses para sa 15 taong gulang o mas matanda
  - \* Magbibigay ng konsultasyon sa kalusugan kapag nagpabakuna ang 12 taong gulang na batang babae
- Uri ng bakuna: Gardasil(HPV4), Cervarix(HPV2)
- Institusyon ng Pagbabakuna: sa malapit na itinalagang medikal na institusyon o pampublikong sentro ng kalusugan
  - ※ Itinalagang medikal na institusyon: maaaring suriin sa website ng Gabay sa Pagbabakuna Nurijib(<https://nip.kdca.go.kr>)
  - Pampublikong Sentro ng Kalusugan: Kailangang kumpiramahin muna ang pagbabakuna bago bumisita

### » Programang Suporta Para sa Pambansang Pagbabakuna ng Influenza

Ang pagbabakuna ng influenza ay suportado nang buo para sa mga matatanda, sa mga nagbubuntis, at sa mga bata na pumapasok sa paaralan na may mataas na panganib na magkaroon ng kumplikasyon kapag nahawahan ng influenza, upang maiwasan ang pagkalat nito sa komunidad.

- Sino ang makakatanggap :Mga bata 6 buwan ~ 13 taong gulang, mga nagbubuntis, at mga matatanda na higit 65 taong gulang
- Detalye ng suporta: 1 beses na bakuna ng influenza 4-ga
- Institusyon ng Pagbabakuna: sa itinalagang medikal na institusyon at pampublikong sentro ng kalusugan
  - ※ Itinalagang medikal na institusyon: maaaring suriin sa website ng Gabay sa Pagbabakuna Nurijib(<https://nip.kdca.go.kr>)
  - Pampublikong Sentro ng Kalusugan: Kailangang kumpiramahin muna ang pagbabakuna bago bumisita

## Programang Pagkumpirma sa Bakuna ng mga Estudyanteng Elem. at Middle School

### 초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

#### » Programang Pagkumpirma sa Bakuna ng mga Estudyanteng Elem. at Middle School

Ang mga batang pumapasok sa paaralan ay mahina laban sa mga nakakahawang sakit, kaya't ang mga mag-aaral na bagong pasok sa elementarya o sa middle school ay nangangailangan ng kumpirmasyon ng pagkumpleto ng bakuna upang pataasin ang resistensiya laban sa nakakahawang sakit at upang pamahalaan ang mag-aaral na hindi pa nakapagpabakuna at hikayating magpabakuna.

\* Artikulo 31 ng 「Batas sa Pag-iwas at Pamamahala ng mga Nakakahawang Sakit」, Artikulo 10 ng 「Batas sa Kalusugan ng Paaralan」

- Sino ang makakatanggap : Lahat ng mga batang pumapasok sa elementarya at middle school
- Uri ng mga bakunang kailangang kumpirmahin
  - (Elementarya) edad 4~6 taon gulang, 4 na uri ng bakuna  
Ika-5 na DTaP , ika-4 na IPV , ika-2 na MMR , Japanese Encephalitis(ika-4 na Bakuna sa Inactivated o ika-2 na Bakuna sa Live-attenuated)
  - (Middle school) edad 11~12 taon gulang, 3 uri ng bakuna  
Ika-6 na Tdap(o Td), Japanese Encephalitis(ika-5 na Bakuna sa Inactivated o ika-2 na Bakuna sa Live-attenuated), ika-1 na HPV (para sa mga babaeng estudyante)
- Pagsasagawa ng Programa
 

Ang mga impormasyon sa Kagawaran ng Edukasyon ng mga bagong mag-aaral sa elementarya at middle school ay ikokonekta sa tala ng pagbabakuna ng Korea Disease Control and Prevention Agency upang kumpirmahin ang kasaysayan ng pagbabakuna ng mag-aaral at hikayatin na magpabakuna kung hindi pa nabakunahan.

  - ※ Ang nakarehistrong tala ng pagbabakuna ay maaaring kumpirmahin sa Gabay sa Pagbabakuna Nurijib, at hindi na kakailanganing isumite sa paaralan ang <sertipiko ng pagbabakuna>.
  - ※ Ang <mga hindi maaaring mapabakunahan> ay kailangang mag-paisyu ng diagnosis <sanhi bakit hindi maaaring bakunahan> sa ospital at hilinging irehiistro ito sa elektronikong sistema. Gayunpaman, kung hindi maaaring irehiistro ng ospital ang sanhi, kinakailangang magsumite ng diagnosis sa paaralan matapos na magpa-enroll.

#### ▶ Mga hindi maaaring mapabakunahan

- Kung nagkaroon ng matinding reaksiyong allergy(anaphylaxis) laban sa sangkap ng bakuna o pagkatapos ng nakaraang pagbabakuna
  - Kung nagkaroon ng encephalopathy na walang kumpirmadong sanhi sa loob ng 7 araw ng pag-iniksiyon ng bakunang pertussis
  - Kulang sa immune o gumagamit ng immunosuppressant
- \* Ang pansamantalang mga sanhi tulad ng mataas na lagnat o pag-iniksiyon ng immunoglobulin at allergy sa itlog o atopik dermatitis ay hindi kasama sa mga sanhi ng pagbabawal sa pagbabakuna.



# 어린이가 건강할 대한민국 (필리핀어) Ang bata malusog na Korea



예방접종전문위원회  
Lupon ng mga Eksperto  
sa Pagbabakuna

## 표준예방접종일정표(2023) Standard na iskedyul ng pagbabakuna(2023)

대상감염병 Nakakahawang sakit	백신종류 및 방법 Uri ng bakuna at paraan	횟수 Bila ng	총생~7개월이나 Kapang nakat- Sa loob ng 7buwan	1개월 1buwan	2개월 2buwan	4개월 4buwan	6개월 6buwan	12개월 12buwan	15개월 15buwan	18개월 18buwan	19~23개월 19~23buwan	24~35개월 24~35buwan	만 4세 4ntaon	만 6세 6ntaon	만 11세 11ntaon	만 12세 12ntaon
B형간염 Hepatitis B	HepB	3	HepB una	HepB pangalawa												
결핵 Tuberkulosis	BCG (피내용 intra-dermal)	1	BCG 1회 1beses													
디프테리아 Difterya	DTaP	5	DTaP una	DTaP pangalawa	DTaP pangatlo											
파상풍 Tetanus	Tdap/Td	1														
백일해 Pertussis																
폴리오 Folio	IPV	4	IPV una	IPV pangalawa	IPV pangatlo											
B형헤모필루스인플루엔자 Haemophilus Influenzae type B	Hib	4	Hib una	Hib pangalawa	Hib pangatlo											
폐렴구균 Pneumococcus	PCV	4	PCV una	PCV pangalawa	PCV pangatlo											
PPSV		-														
로타바이러스 감염증 Nakakahawang sakit na rotavirus	RV1	2	RV una	RV pangalawa												
RV5		3	RV una	RV pangalawa	RV pangatlo											
홍역 Togdas	MMR	2														
유행성이하선염 Mumps/Biki																
홍진 Rubella																
수두 Bulitong	VAR	1														
A형간염 Hepatitis A	HepA	2														
일본뇌염 Japanese Encephalitis	IJEV	5														
사람유두종바이러스 감염증 Human Papillomavirus	LJEV	2														
인플루엔자 Influenza	HPV	2														
	IIV	-														

국가 예방접종제  
Pambansang bakuna

- **국가예방접종** : 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가)는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음) Pambansang bakuna: Sa pamamagitan ng bakunang inirekumenda ng bansa ang bakuna para sa nakakahawang sakit at pagimplenta ng pagbabakuna at gumawa ng paran ( Ang bansa para maiwasan ang nakakahawang sakit at batas tungkol sa pamamahala binase dito kaya nilunsad ang suporta at nagbibigay ng suporta)
- **기타예방접종** : 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종 Iba pang bakuna: Maliban sa kinakailangang ibakuna para sa nakakahawang sakit at sa itinalagang bakuna para sa nakakahawang sakit ay pwedeng magpapakuna sa pribadong hospital na may bayad para sa iba pang nakakahawang sakit.
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능 Ang bakunang DTaP, IPV, Hib depende sa iskedyul ng pagbabakuna DTaP-IPV at DTaP-IPV/Hib pwedeng halong ibakuna.