

인플루엔자 예방접종 동의서

Influenza immunisation consent form

본 문서는 귀하가 인플루엔자 예방접종을 동의함을 기록합니다.

This form records your consent to have an influenza immunisation.

환자/보호자 인적사항 Patient/Guardian details

성: _____
Surname / family name

이름: _____
First name

전화번호: _____
Phone

생년월일: _____
(일/월/연도)
Date of birth (DD/MM/YYYY)

성별: •남자 •여자 •기타 성별
(하나만 동그라미 표시)
Gender: Male Female Gender diverse (please circle one)

NHI (National Health Index): _____
(번호 알고 있는 경우만)
NHI (National Health Index) number if known

인종: (하나 이상 동그라미 표시)
Ethnicity (please circle one or more)

• 뉴질랜드 유럽인 • 마오리 • 사모아인 • 쿡아일랜드 마오리 • 통가인 • 니우에인 • 중국인 • 인도인
NZ European Māori Samoan Cook Island Māori Tongan Niuean Chinese Indian

• 기타 (예: 네덜란드인, 일본인, 토켈라우인) 본인의 인종을 적으십시오: _____
Other (such as Dutch, Japanese, Tokelauan) Please state which other ethnicity

보호자 이름 (해당될 경우): _____
Name of guardian (if applicable)

환자 주소: _____
Patient's address

환자 병원/GP: _____
Patient's medical centre/GP

귀하/예방접종 대상자가 다음에 해당하는 경우 의료진에게 알려주시기 바랍니다:

If any of the following apply to you/the person being immunised, please advise the healthcare professional

- 코로나19 예방접종을 받은 경우
Received a COVID-19 immunisation
- 현재 고열로 몸이 좋지 않은 경우
Currently unwell with a high fever
- 특정 음식이나 약에 알레르기가 있는 경우
Allergic to any food or medicine
- 혈액 희석제를 복용하고 있거나 출혈장애가 있는 경우
Taking blood thinning medication or have a bleeding disorder
- 과거 인플루엔자 예방접종 후 심각한 이상반응이 발생한 경우
Had a severe response to an influenza immunisation in the past

인플루엔자 예방접종 후 발생 가능한 이상반응

Possible responses to influenza vaccination

인플루엔자 예방접종을 한 대부분의 사람들은 이상반응을 잘 견뎌냅니다. 발생 가능한 이상반응으로는 접종부위에 통증, 발적 및 부기가 하루나 이틀 동안 지속되거나, 처음 이틀 동안 미열, 근육통 또는 두통이 생길 수 있습니다. 또한 드물게 알레르기 반응이 나타날 수 있습니다.

Influenza immunisation is usually well tolerated. Possible responses include pain, redness and/or swelling at the injection site for a day or two; a mild fever, muscle aches or headache within the first two days. Rarely, an allergic response can occur.

귀하/예방접종자는 예방접종 후 만일의 알레르기 반응 발생에 대비하여 경과를 관찰해야 합니다. 관찰시간에 대한 안내를 받게 되며, 최대 20분 동안 접종기관에 머물게 됩니다.

You/the immunised person should remain under observation in case of an allergic response. You will be advised how long to wait; this could be up to 20 minutes.

인플루엔자 예방접종은 감기와 같은 다른 종류의 호흡기 바이러스에는 효과가 없습니다. 예방접종의 이점과 발생 가능한 위험에 대해 의료진과 상담하십시오. 인플루엔자 백신에 대한 자세한 정보는 www.medsafe.govt.nz 의 소비자 의약품 정보시트를 참조하시기 바랍니다.

Influenza immunisation does not protect against other respiratory viruses such as the common cold. Talk to your healthcare professional about the benefits and possible risks. For more information about the influenza vaccine, please refer to the consumer medicine information sheet located at www.medsafe.govt.nz

국가 예방접종 등록부

National Immunisation Register

보건부는 인플루엔자 예방접종 기록을 국가 예방접종 등록부에 보관하기 때문에 허가를 받은 의료진이 환자의 예방접종 기록을 열람할 수 있습니다.

The Ministry of Health keeps a record of influenza immunisations on the National Immunisation Register so that authorised healthcare professionals can find out what immunisations have been given.

본인의 예방접종 기록이 국가 예방접종 등록부에 기록되는 것을 원하지 않을 경우 의료진에게 알려주시기 바랍니다.

If you do not want your immunisation recorded on the National Immunisation Register please advise your healthcare professional.

동의내용:

Consent statements

본인은 예방접종 후 대기 시간을 포함한 인플루엔자 예방접종에 대한 정보를 읽었거나 설명을 들었습니다.

I have read or have had explained to me information about influenza immunisation, including how long to wait after the immunisation.

본인에게 질문을 할 기회가 주어졌으며, 질문에 대한 만족스러운 답변을 얻었습니다.

I have had a chance to ask questions and they were answered to my satisfaction.

본인은 인플루엔자 예방접종의 이점과 발생 가능한 위험을 이해하고 있다고 생각합니다.

I believe I understand the benefits and possible risks of influenza immunisation.

본인은 인플루엔자 예방접종이 선택접종이라는 것을 이해합니다.

I understand that influenza immunisation is a choice.

본인은 인플루엔자 예방접종에 동의합니다.

I consent to the influenza immunisation being given.

본인은 본 예방접종 정보가 본인/백신 접종자의 정규 의료 서비스 제공자에 공유되는 것을 동의합니다.

I agree for this immunisation information to be shared with my/the immunised person's regular healthcare provider.

서명: _____

Signed

날짜 (일/월/연도): _____

Date (DD/MM/YYYY)

보호자 서명 (해당될 경우): _____

Signed by Guardian (if applicable)

환자와의 관계: _____

Relationship to the patient

예방접종 기록 (임상 목적으로만 사용)

Vaccination record (clinical use only)

백신: Vaccine	접종 부위: 왼쪽 팔 / 오른쪽 팔 Administered: Left / right arm
백신 배치 번호: Vaccine batch number	유효기간: Expiry date
백신 투여자: Vaccinator	인플루엔자 백신은 처방전이 필요한 전문의약품입니다. The influenza vaccine is a prescription medicine.