

콜레라 예방접종 사전 점검표

(1 면)

성 명		생년월일	
체 온	℃	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여

확 인 사 항	답 변	
오늘 몸에 열이 있거나 아픈 곳(위, 장 등)이 있습니까? 있다면 증상을 적어 주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
알레르기가 있습니까? 있다면 적어 주십시오 ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
예방접종 후 이상반응이 생긴 경험이 있습니까? 있었다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
최근 1개월 이내에 병원에 입원한 경험이 있습니까? 있었다면 입원 사유를 적어 주십시오. ()	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

본인은 예방접종 사전 점검표와 이상반응에 대한 설명을 들었으며, 본인 의사에 따라 예방접종 받기를 희망 합니다.

피접종자 성명 : _____ (서명 또는 인)

_____년 _____월 _____일

예방접종을 받을 수 없는 경우

- ① 현재 중증의 발열성 질환이 있는 사람 (체온이 38℃ 이상인 사람)
- ② 최근 다른 약을 복용했거나 현재 복용중이면 접종 전 상담
※ 임산부, 수유부는 접종이 가능하나 의사 및 약사와 상담
- ③ 급성 위장관 질환이나 급성열성질환이 있는 경우
- ④ 경구콜레라 예방백신에 대한 과민증이 있는 경우

접종후 주의사항

- ① 24시간 이내 헌혈 금지
- ② 접종 1시간 전과 접종 후 1시간 이내에는 음식 및 음료, 다른 의약품 섭취 금지
- ③ 3일 정도 금주
- ④ 가끔 위장 관계증상(복통, 위경련, 설사)이 있을 수 있음. 극히 일부의 경우 고열, 전신적인 불편감, 구역질, 구토, 식욕부진, 콧물, 기침, 현기증 등이 있을 수 있으며 이러한 이상 반응이 있을 시는 예방접종기관에 문의

콜레라 예방접종 참고사항

- ① 6세 이상의 소아 및 성인: 기초접종 2회, 접종은 1~6주 간격, 지속적인 방어 효과를 위하여 2년 이내 재접종
- ② 2~5세 소아: 기초접종 3회, 각각의 접종은 1~6주 간격, 지속적인 방어 효과를 위하여 6개월 이내 재접종

예방접종 사전점검 결과 (의료인 기록란)

예방접종 후 주의사항과 이상반응에 대한 설명 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
의료인 성명 :	(서명 또는 인)

Pre-check table(Oral Cholera vaccination)

(1 편)

Name		Date of Birth	. . .
Body Temperature	℃	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female

Questions	Answers	
Are you having fever or sick(ill) related to stomach, intestine, etc. today? If yes, describe how you are. ()	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Is there anything you are allergic to? If yes, what is it? ()	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Have you ever had side effects after you were vaccinated If yes, what is the name of vaccination. (the name of vaccination :)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
In the last month, have you ever been in hospital? If yes, what is the reason? ()	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

I am willing to be vaccinated as I have undergone a pre-check and listened to the possible side effects of vaccination

In addition, I agree that the collected personal information is shared by vaccination services facilities and issue international certificates of vaccination.

vaccinee's name : _____ (signature or stamp)

_____ (day) _____ (month) _____ (year)

Those who can not be vaccinated

- ① Persons with severely high fever (persons whose temperaure is 38℃ or over)
- ② In case of having recently taken or taking other medicines, consulting your doctor before receiving vaccination.
※ Pregnant women and nursing mothers are allowed to be vaccinated but are sure to see doctors or pharmacists before vaccination
- ③ Persons with hypersensitivity to oral cholera vaccination
- ④ In case of having recently gotten or getting acute gastrointestinal diseases or acute febrile illness (AFI)

Matters that require attention after vaccination

- ① No blood donation is allowed for 24hours after vaccination
- ② Neither food nor drink is allowed for 1hour before vaccination and for 1 hour after.
- ③ No drinking alcohol is allowed for 3 days after vaccination
- ④ Neither sauna nor full bath is allowed(but a shower is allowed)
- ⑤ Occasionally, there could be stomach problems (stomachache, stomach cramps). In rare case, some can have high fever, discomfort all over the body, nausea, vomiting, lack of appetite(anorexia), a runny nose, a cough, dizziness, etc and so please contact vaccination authorities if you have one or more of these symptoms.

Reference

- ① Children over 6 years old and adults: required to be basically vaccinated twice at the interval between 1 and 6 weeks and once again 2 years later for the effect of the sustained protection
- ② Children between 2 and 6years old: required to be basically vaccinated 3 times at the interval between 1 and 6 weeks and once again 6 months later for the effect of the sustained protection

예방접종 사전점검 결과 (의료인 기록란)

예방접종 후 주의사항과 이상반응에 대한 설명 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
의료인 성명 :	(서명 또는 인)