목차

contents

I. 국가예방접종사업 안내(한국어)

· 국가예방접종사업 안내(위탁의료기관 확인방법 외), 예방접종 절차 안내서
· 예방접종 예진표, 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요
· 국가예방접종(연령별 시기별 권장하는 예방접종 종류)
· 표준예방접종일정표

II. 국가예방접종사업 안내(다국어)

· 국가예방접종사업 안내(위탁의료기관 확인방법 외), 예방접종 절차 안내서
· 예방접종 예진표, 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요
· 국가예방접종(연령별 시기별 권장하는 예방접종 종류)
· 표준예방접종일정표

1. 네팔어(नेपाली भाषा) 9
2. 라오스어(ລາວ) 16
3. 러시아어(Русский язык) 23
4. 몽골어(Монгол хэл) 30
5. 베트남어(Tiếng Việt) 37
6. 영어(English) 44
7. 우즈베키스탄어(O'zbekcha) 51
8. 일본어(日本語) 58
9. 중국어(中文) 65
10. 캄보디아어(ภาสาเขฺมร) 72
11. 태국어(ไทย) 79
12. 필리핀어(Pilipino) 86

국가예방접종사업 안내

예방접종은 예방접종 대상 감염병으로부터 국민을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 비용부담 없이 가까운 위탁의료기관에서 접종할 수 있도록 국가가 예방접종 비용을 전액 지원하고 있습니다.

국가예방접종 백신 및 표준예방접종일정

어린이가 건강한 대한민국

질병관리청

표준예방접종일정표(2025)

	대상 감염병	백신 종류 및 방법	횟수	출생시	4주이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
국가예방접종	B형간염	HepB	3	HepB 1차		HepB 2차			HepB 3차									
	결핵	BCG(피내용)	1		BCG 1회													
	디프테리아 파상풍 백일해	DTaP	5				DTaP 1차	DTaP 2차	DTaP 3차		DTaP 4차				DTaP 5차			
		Tdap	1														Tdap 6차	
	폴리오	IPV	4				IPV 1차	IPV 2차	IPV 3차						IPV 4차			
	b형헤모필루스인플루엔자	Hib	4				Hib 1차	Hib 2차	Hib 3차	Hib 4차								
	폐렴구균 감염증	PCV	4				PCV 1차	PCV 2차	PCV 3차	PCV 4차								
		PPSV	–											고위험군에 한하여 접종				
	로타바이러스 감염증	RV1	2				RV 1차	RV 2차										
		RV5	3				RV 1차	RV 2차	RV 3차									
	홍역 유행성이하선염 풍진	MMR	2							MMR 1차					MMR 2차			
	수두	VAR	1							VAR 1회								
	A형간염	HepA	2							HepA 1~2차								
	일본뇌염	LJEV(불활성화 백신)	5							LJEV 1~2차				LJEV 3차		LJEV 4차		LJEV 5차
		LJEV(약독화 생백신)	2							LJEV 1차				LJEV 2차				
	사람유두종바이러스감염증	HPV	2														HPV 1~2차	
	인플루엔자	IIV	–						IIV 매년 접종									

무료 접종 위탁의료기관

- 위탁의료기관은 예방접종도우미 누리집(https://nip.kdca.go.kr)에서 확인할 수 있습니다.
  * 위탁의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  * 위탁의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.

- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 '임시관리번호'를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.

- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 못했다면, 가까운 보건소 또는 위탁의료기관을 방문하여 무료접종 받으시길 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).

- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집을 통해 확인하거나 전화로 문의주세요.

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

질병관리청

Vaccination for Tomorrow
건강한 내일을 여는 예방접종

예방접종 절차 안내서(다문화가정 보호자용)

1. 귀하의 모국어로 작성된 '예방접종 예진표'를 보고, '(한글) 예방접종 예진표'를 작성합니다.

〈예방접종 예진표 작성시 주의사항〉

① (이름) 자녀의 성명은 한글 또는 영어로 작성하세요.

② (주민번호) 주민등록번호(외국인 등록번호)를 작성하세요.
만약 주민등록번호(외국인 등록번호)가 없다면 보건소에서 예방접종을 위해 발급받은 '임시관리번호'를 작성하세요.

③ (생년월일) 주민등록상 생년월일과 실제 생년월일이 다른 경우 실제 생년월일을 작성하세요.
※ 접종일정은 실제 생년월일을 기준으로 정해지므로, 실제 생년월일이 다른 경우 실제 생년월일을 증빙할 수 있는 서류(출생신고서 등)를 가지고 가까운 보건소에 변경 요청하세요.

④ 오늘 아픈 곳이 있으면 다음 증상을 참고하여 작성하세요.

1. 발열	2. 기침	3. 목이 아픔(부음)	4. 설사	5. 복통
6. 구토	7. 두통	8. 기운이 없음	9. 기타	

■ **'예방접종 예진표' 작성 시 챙겨주세요!**
– '휴대전화번호 표기 및 문자수신 동의' 확인합니다.
– 안내문자 발송 시 희망하는 언어를 얘기합니다.
– 다음 접종 일정부터 한국어 외 희망하는 언어로 '다음 접종명 및 접종일자'를 문자로 안내 받을 수 있습니다.
– 희망언어 선택 시, 다른 보호자의 휴대전화번호를 추가 등록하면 '다음 접종일정'을 같이 안내 받을 수 있습니다.

2. 자녀의 이름이 호명될 때까지 진료실 앞에서 잠시 대기합니다.

3. (접종 전) 과거에 동일한 접종을 했었는지 자녀의 과거 접종내역을 확인합니다.
※ 의사(간호사)는 자녀의 과거 접종내역을 전산시스템으로 조회할 수 있습니다.
※ 자녀의 예방접종 기록이 표시된 예방접종증명서 또는 아기수첩을 가지고 있는 경우 의사에게 보여줍니다.

4. (접종 전) 의사가 설명하는 상담내용과 이상반응에 대해 잘 듣습니다.
※ 한글이 어려운 경우 모국어로 표시된 '예방접종 안내문(VIS)'을 요청하고, '예방접종 후 주의사항 및 이상반응'에 대해 잘 읽습니다.

5. (접종 시) 자녀가 어리다면 예진의사가 안전하게 접종할 수 있도록 자녀가 어리면 보호자가 아이를 허벅지 위에 앉히고 한쪽 팔로 자녀의 상체를 감싸 안습니다.

6. (접종 시) 예방접종 전 · 후 주의사항을 잘 듣고, 접종을 받습니다.

7. (접종 후) 자녀의 다음 접종 일자를 의사와 상의하여 정합니다.

8. (접종 후) 병원에 20~30분간 머물면서 이상반응이 발생하는지 관찰합니다.

9. (귀가 후) 적어도 3시간 이상 주의 깊게 증상을 관찰하며, 고열이 있거나 평소와 다른 신체증상이 나타나면 즉시 진료를 받도록 합니다.

※예방접종과 관련한 통역이 필요할 경우 다누리콜센터(1577–1366)로 전화하면 도움을 받을 수 있습니다.

예방접종 예진표

안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

접종 대상자 인적 사항					
성 명		주민등록번호	-	(□남, □여)	
실제 생년월일		외국인 등록번호	-	(□남, □여)	
전화번호	(집)	(휴대전화)		체중	kg

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	본인 확인
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. ① 수집·이용 목적: 예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 및 모바일앱 알림 서비스 제공 ② 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ③ 보유 및 이용기간: 5년	
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제26조의2에 따라 예방접종을 하기 전에 접종 대상자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전 확인에 동의하지 않는 경우, 의료인은 예방접종 내역을 서면으로 요구할 수 있으며 접종 대상자는 특별한 사유가 없다면 이에 응하여야 합니다.	□예 □아니오
예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□예 □아니오
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 알림을 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□예 □아니오

접종대상자에 대한 확인사항	본인 확인☑
1. 최근 1개월 이내에 받은 예방접종이 있습니까? 그렇다면 예방접종명을 적어 주십시오. ( )	□예 □아니오
2. 과거에 예방접종 후 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 그렇다면 이상반응과 해당 예방접종명을 적어 주십시오. ( )	□예 □아니오
3. 오늘 아픈 곳이 있습니까? 그렇다면 아픈 증상을 적어 주십시오. ( )	□예 □아니오
4. (여성) 현재 임신 중이거나 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	□예 □아니오
5. 약이나 음식물(예: 계란) 혹은 백신 접종으로 두드러기, 알레르기 증상(예: 발진, 아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)을 보인 적이 있습니까?	□예 □아니오
6. 암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 그렇다면 병명을 적어 주십시오. ( )	□예 □아니오
7. 최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	□예 □아니오
8. 최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	□예 □아니오
9. (코로나19) 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 그렇다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( )	□예 □아니오
10. 경련을 한 적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(예: 길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	□예 □아니오
11. 그 외 선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환(혈액응고장애 외)으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 그렇다면 병명을 적어 주십시오. ( )	□예 □아니오
의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다. 본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : * 접종대상자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-) 년 월 일	

의사 예진 결과 (의사기록란)		확인☑
체온 : ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음	□
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		□
문진결과 :		
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다.	의사성명 : (서명)	

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

■ 예방접종 기록을 전산등록 하면 어떤 점이 좋아지나요?

1. 예방접종 오류를 예방하고, 불필요한 추가접종과 비용을 줄일 수 있어요.

2. 예방접종 기록을 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있어요.
   - 예방접종도우미 누리집(https://nip.kdca.go.kr)에 회원가입 후 자녀를 등록하여 예방접종 기록을 확인합니다.
     - (자녀 등록 방법) 예방접종도우미 누리집 로그인 → [예방접종관리] → [자녀예방접종관리] → [아이정보 등록]
     - (기록 확인 방법) 예방접종도우미 누리집 로그인 → [예방접종관리] → [자녀예방접종관리] → [아이 예방접종 내역조회]

※ 예방접종도우미 누리집에서 예방접종 기록이 확인되지 않으면, 접종받은 기관에 전산등록을 요청합니다.
※ '예방접종 수첩'은 보호자가 자녀의 접종기록을 잘 관리하도록 도움을 주는 용도로, '예방접종증명서'를 대신할 수 없습니다.

3. '예방접종증명서'를 온라인에서 무료로 발급(국문 또는 영문) 받을 수 있어요.
   - 예방접종도우미 누리집 로그인 → [예방접종관리] → [전자민원서비스] → [예방접종증명서]

4. 자녀의 예방접종일을 잊지 않도록 '다음 예방접종일'을 문자로 알려드려요.
   - 접종기관에 연락받을 수 있는 부모(보호자 또는 법정대리인)의 휴대전화번호를 알려주시면, 필수예방접종의 다음 예방접종일정을 문자로 안내해 드립니다.
   - 만약, 다국어*로 제공받기를 원한다면 접종기관에 희망하는 언어를 요청하여, 한국어와 함께 받을 수 있습니다.
     - 희망 언어 선택시, 다른 보호자의 휴대전화번호도 추가 등록하면 '다음 예방접종일'을 같이 안내받을 수 있습니다.

       * 다국어(12종): 네팔어, 라오스어, 러시아어, 몽골어, 베트남어, 영어, 우즈베키스탄어, 일본어, 중국어, 캄보디아어, 태국어, 필리핀어

■ 해외에서 예방접종을 받았다면, 예방접종 증명서를 발급받아 오세요.

외국에서 예방접종 받았다면, 귀국 전에 '영문 예방접종증명서' 또는 '접종기관의 직인이나 공식사인(Official Signature or Stamp)된 서류'를 발급받아 가까운 보건소에 전산등록 요청하시기 바랍니다.

우리나라는 단체생활 하는 어린이, 학생의 감염병 예방관리 및 건강보호를 위해 어린이집 또는 초·중학교 입학시 예방접종증명서를 제출하도록 하여 예방접종 완료 여부*를 확인하고 있습니다.
단, 예방접종 기록이 예방접종도우미 누리집에서 확인되면, 예방접종증명서를 어린이집 또는 학교에 제출하지 않습니다.
* 근거: 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제31조, 「학교보건법」 제10조, 「영유아보육법」 제31조3

국가예방접종

감염병 예방을 위해 국가는 예방접종비용을 전액 지원하여 국민에게 접종을 권장하고 있으며,
가까운 위탁의료기관 및 보건소에서 무료로 접종이 가능합니다.

연령별 · 시기별 권장하는 예방접종 종류

위탁의료기관 · 보건소마다 접종 가능 여부가 다를 수 있으므로, 방문 전 확인이 필요합니다.

신생아기

출생시

- B형간염(HepB) 1차

1개월

- 결핵(BCG, 피내용) 1회(4주 이내)
- B형간염(HepB) 2차

영유아기

2·4·6개월

- 디프테리아·파상풍·백일해(DTaP) 1~3차*
- 폴리오(IPV) 1~3차*
- b형헤모필루스인플루엔자(Hib) 1~3차*
- 폐렴구균 감염증(PCV) 1~3차
- 로타바이러스감염증(RV) 1~3차
- B형간염(HepB) 3차*

*4가 혼합백신, 5가 혼합백신, 6가 혼합백신 형태로 선택하여 접종 가능

12~15개월

- b형헤모필루스인플루엔자(Hib) 4차
- 폐렴구균 감염증(PCV) 4차
- 홍역·유행성이하선염·풍진(MMR) 1차
- 수두(VAR) 1회

12~23개월

- A형간염(HepA) 1~2차
- 일본뇌염 불활성화백신(IJEV) 1~2차
- 일본뇌염 약독화생백신(LJEV) 1차

15~18개월

- 디프테리아·파상풍·백일해(DTaP) 4차

24~35개월

- 일본뇌염 불활성화백신(IJEV) 3차
- 일본뇌염 약독화생백신(LJEV) 2차

국가예방접종

아동기

4 ~ 6세
- 디프테리아·파상풍·백일해(DTaP) 5차
- 폴리오(IPV) 4차
- 홍역·유행성이하선염·풍진(MMR) 2차

6세
- 일본뇌염 불활성화백신(IJEV) 4차

11~12세
- 파상풍·디프테리아·백일해(Tdap) 6차

12세
- 일본뇌염 불활성화백신(IJEV) 5차

청소년, 성인

12~17세 여성 청소년 및 18~26세 저소득층* 여성
- 사람유두종바이러스 감염증(HPV) 1~2차 또는 1~3차

* 국민기초생활보장법」상 기초생활보장수급자 및 차상위계층(중위소득 50% 이하) 접종 당일 자격 확인

65세 이상
- 폐렴구균 감염증(PPSV) 1회

고위험군

고위험군 해당자
- 장티푸스(ViCPS) 1회(필요시 3년마다)
- 신증후군출혈열(HFRS) 1~3차
- 엠폭스(Mpox) 1~2차

절기 접종

인플루엔자
- 65세 이상, 임신부, 6개월~13세 어린이* 1회

* 9세 미만 어린이가 인플루엔자 백신을 처음 접종하는 경우 2회 접종

코로나19
- 65세 이상, 면역저하자*, 감염취약시설 입원 · 입소자 * 1회

*단, 고위험군 중 이전 접종을 미완료했던 6개월~4세의 경우 영유아 화이자 백신 1~3회 또는 모더나 백신 1~2회, 5~11세의 경우 1~2회 접종 필요

어린이가 건강한 대한민국

질병관리청

표준예방접종일정표(2025)

	대상 감염병	백신 종류 및 방법	횟수	출생시	4주이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	4세	6세	11세	12세
국가예방접종	B형간염	HepB[1]	3	HepB 1차		HepB 2차			HepB 3차									
	결핵	BCG(피내용)[2]	1		BCG 1회													
	디프테리아 파상풍 백일해	DTaP[3]	5				DTaP 1차	DTaP 2차	DTaP 3차		DTaP 4차				DTaP 5차			
		Tdap[4]	1														Tdap 6차	
	폴리오	IPV[5]	4				IPV 1차	IPV 2차	IPV 3차						IPV 4차			
	b형 헤모필루스인플루엔자	Hib[6]	4				Hib 1차	Hib 2차	Hib 3차	Hib 4차								
	폐렴구균 감염증	PCV[7]	4				PCV 1차	PCV 2차	PCV 3차	PCV 4차								
		PPSV[8]	–											고위험군에 한하여 접종				
	로타바이러스 감염증	RV1[9]	2				RV 1차	RV 2차										
		RV5[10]	3				RV 1차	RV 2차	RV 3차									
	홍역 유행성이하선염 풍진	MMR[11]	2							MMR 1차					MMR 2차			
	수두	VAR[12]	1							VAR 1회								
	A형간염	HepA[13]	2							HepA 1~2차								
	일본뇌염	IJEV(불활성화 백신)[14]	5							IJEV 1~2차				IJEV 3차		IJEV 4차		IJEV 5차
		LJEV(약독화 생백신)[15]	2							LJEV 1차				LJEV 2차				
	사람유두종바이러스감염증	HPV[16]	2														HPV 1~2차	
	인플루엔자	IIV[17]	–						IIV 매년 접종									

- **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)

1. **HepB(B형간염):** B형간염 표면항원(HBsAg) 양성인 산모로부터 출생한 신생아는 분만 직후 12시간 이내 B형간염 면역글로불린(HBIG) 및 B형간염 백신(1차)을 동시에 접종하고, 2차와 3차 접종은 각각 생후 1개월 및 6개월에 실시. DTaP-IPV-Hib-HepB(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형헤모필루스인플루엔자·B형간염) 6가 혼합백신 병용시 출생시 단독백신을 접종하고, 생후 2, 4, 6개월에 6가 혼합백신으로 접종
2. **BCG(결핵):** 생후 4주 이내 접종
3. **DTaP(디프테리아·파상풍·백일해):** DTaP-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자) 또는 DTaP-IPV-Hib-HepB(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자·B형간염) 혼합백신으로 접종 가능
4. **Tdap(파상풍·디프테리아·백일해):** 11~12세에 Tdap 백신으로 접종한다. 이후 10년마다 Tdap 추가접종 실시
   ※ 단, 백일해 포함 백신(aP) 금기자의 경우, Tdap 백신을 해당 연령에 허가된 Td(파상풍·디프테리아)백신으로 대체 가능
5. **IPV(폴리오):** 3차 접종은 생후 6개월부터 18개월까지 접종 가능하며, DTaP-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 또는 DTaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자) 또는 DTaP-IPV-Hib-HepB(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자·B형간염) 혼합백신으로 접종 가능
6. **Hib(b형 헤모필루스인플루엔자):** 생후 2개월~5세 미만 모든 소아를 대상으로 접종하며, 5세 이상은 b형 헤모필루스인플루엔자 감염 위험성이 높은 경우(기능적 또는 해부학적 무비증(겸상적혈구증, 비장 절제술 후), 면역결핍질환(특히 igG2 아형 결핍증), 항암치료에 따른 면역저하, HIV 감염, 초기 요소 보체결핍증, 조혈모세포이식술을 받은 경우 접종, DTaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자) 또는 DTaP-IPV-Hib-HepB(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자·B형간염) 혼합백신으로 접종 가능

   - **DTaP-IPV(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오) 혼합백신:** 생후 2, 4, 6개월, 4-6세에 DTaP, IPV 백신 대신 접종할 수 있음
   - **DTaP-IPV/Hib(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자) 혼합백신:** 생후 2, 4, 6개월에 DTaP, IPV, Hib 백신 대신 접종할 수 있음
   - **DTaP-IPV-Hib-HepB(디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자·B형간염) 혼합백신:** 생후 2, 4, 6개월에 DTaP, IPV, Hib, B형간염 백신 대신 접종할 수 있음

   ※ DTaP 혼합백신 사용 시 기초접종 3회는 동일 제조사의 백신으로 접종하는 것이 원칙이며, 생후 15-18개월에 접종하는 DTaP 백신은 제조사에 관계없이 선택하여 접종 가능
7. **PCV(폐렴구균 단백결합):** 13가와 15가 백신 교차 접종 가능
8. **PPSV(폐렴구균 다당질):** 2세 이상의 폐렴구균 감염의 고위험군을 대상으로 하며 건강상태를 고려하여 담당 의사와 충분한 상담 후 접종

   ※ 폐렴구균 감염의 고위험군
   - **면역 기능이 저하된 소아:** HIV 감염증, 만성신부전과 신증후군, 면역억제제나 방사선 치료를 하는 질환(악성 종양, 백혈병, 림프종, 호지킨병) 또는 고형 장기 이식, 선천성 면역결핍질환
   - **기능적 또는 해부학적 무비증 소아:** 겸상구 빈혈 또는 헤모글로빈증, 무비증 또는 비장 기능장애
   - **면역 기능은 정상이나 다음과 같은 질환을 가진 소아:** 만성 심장 질환, 만성 폐 질환, 만성 간 질환, 당뇨병, 뇌척수액 누출, 인공와우 이식 상태
9. **RV1(로타바이러스 감염증):** 생후 2, 4개월 2회 접종(경구투여)
10. **RV5(로타바이러스 감염증):** 생후 2, 4, 6개월 3회 접종(경구투여)
11. **MMR(홍역·유행성이하선염·풍진):** 홍역 유행 시 생후 6~11개월에 MMR 백신 접종이 가능하나 이 경우 생후 12개월(1세가 되는 생일) 이후에 MMR 백신으로 일정에 맞추어 접종
12. **VAR(수두):** 생후 12~15개월에 1회 접종
13. **HepA(A형간염):** 1차 접종은 생후 12-23개월에 시작하고 2차는 1차 접종으로부터 6개월 이상 경과한 후(제조사에 따라 추천 접종간격이 다름) 접종
14. **IJEV(일본뇌염 불활성화 백신):** 1차 접종 1개월 후 2차 접종을 실시하고, 추가 접종은 2차 접종으로부터 11개월 후, 6세, 12세에 접종
15. **LJEV(일본뇌염 약독화 생백신):** 1차 접종 12개월 후 2차 접종
16. **HPV(사람유두종바이러스 감염증):** 11~12세 여아에서 6~12개월 간격으로 2회 접종
17. **IIV(인플루엔자 불활성화 백신):** 생후 6개월~9세 미만 소아에서 접종 첫 해는 최소 4주 간격으로 2회 접종이 필요하며, 이듬해부터는 매년 1회 접종. 접종 첫 해에 1회만 접종 받았다면 다음 해에 4주 간격으로 2회 접종해야 함. 이전에 인플루엔자 접종을 받은 적이 있는 생후 6개월-9세 미만 소아도 유행주에 따라서 2회 접종이 필요할 수 있으므로, 매 절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 관리지침을 참고

   * 예방접종도우미 누리집(https://nip.kdca.go.kr) 〉 예방접종 정보 〉 예방접종 지식창고 〉 예방접종 지침

- **백신 두문자어**

백신종류	두문자어	백신
B형간염	HepB	Hepatitis B vaccine
결핵	BCG(피내용)	Intradermal Bacille Calmette-Gúerin vaccine
디프테리아·파상풍·백일해	DTaP	Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis vaccine adsorbed
	Tdap	Tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine, adsorbed
	Td	Tetanus and diphtheria toxoids adsorbed
디프테리아·파상풍·백일해·폴리오	DTaP-IPV	DTaP, IPV conjugate vaccine
폴리오	IPV	Inactivated poliovirus vaccine
b형 헤모필루스인플루엔자	Hib	*Haemophilus influenzae type b vaccine*
디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자	DTaP-IPV/Hib	DTaP, IPV, *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccine
디프테리아·파상풍·백일해·폴리오·b형 헤모필루스인플루엔자·B형간염	DTaP-IPV-Hib-HepB	DTaP, IPV, *Haemophilus influenzae* type b conjugate, Hepatitis B vaccine
폐렴구균	PCV	Pneumococcal conjugate vaccine
	PPSV	Pneumococcal polysaccharide vaccine
로타바이러스	RV1	Rotavirus vaccine(monovalent)
	RV5	Rotavirus vaccine(pentavalent)
홍역·유행성이하선염·풍진	MMR	Measles, mumps, and rubella vaccine
수두	VAR	Varicella vaccine
A형간염	HepA	Hepatitis A vaccine
일본뇌염	IJEV	Inactivated Japanese encephalitis vaccine
	LJEV	Live-attenuated Japanese encephalitis vaccine
사람유두종바이러스	HPV	Human papillomavirus vaccine
인플루엔자	IIV	Inactivated influenza vaccine

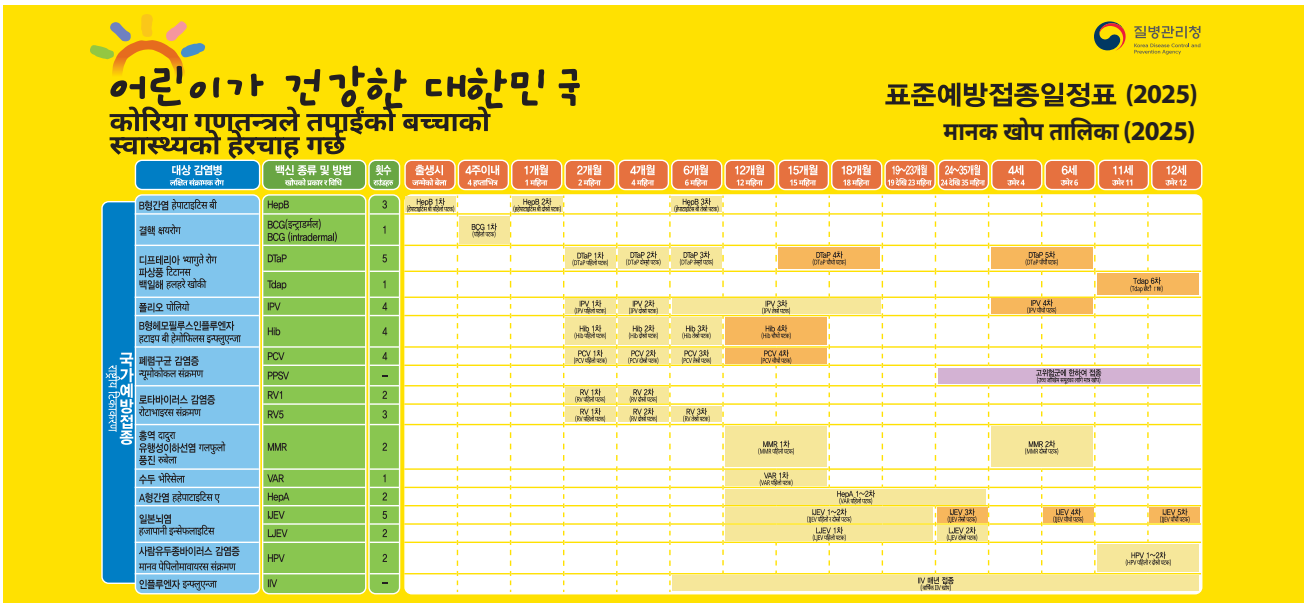
발행일자: 2025.03.07

국가예방접종사업 안내

राष्ट्रिय खोप परियोजनाहरूको गाइड

खोप नागरिकहरूलाई सङ्क्रामक रोगहरूबाट जोगाउने सबैभन्दा प्रभावकारी विधि हो, त्यसैले राष्ट्रले नजिकैको अनुबन्धित मेडिकल संस्थाहरूमा खोपका लागि सबै खर्चलाई पूर्ण रूपमा अनुदान दिइरहेको छ।

≫ राष्ट्रिय खोप र मानक खोपको समय तालिका



≫ नि: शुल्क खोप प्रदान गर्ने अनुबेंन्धित मेडिकल संस्थाहरू

- तपाईंले खोप सहायक वेबसाइट (https://nip.kdca.go.kr) मा अनुबन्धित मेडिकल संस्थाहरू हेर्न सक्नुहुन्छ।
  * कृपया अनुबन्धित मेडिकल संस्थामा जानुअघि उपलब्ध भएका प्रकारका खोपहरू जाँच गर्नुहोस्।
  * अनुबन्धित मेडिकल संस्थाहरूका जानकारी कोरियन भाषामा उपलब्ध गराइएको छ।

- अपरिहार्य कारणले गर्दा जन्मदर्ता 1 महिनाभन्दा बढी ढिलो भएको छ भने, जनस्वास्थ्य केन्द्रमा खोपका लागि “अस्थायी नियन्त्रण नम्बर” जारी गरेर निःशुल्क खोप उपलब्ध हुन्छ।

- खोप संस्थाहरूमा विद्युतीय रूपमा दर्ता गरिएका खोप रेकर्डहरू खोप सहायक वेबसाइटमा हेर्न सकिन्छ। तपाईंले खोप पूरा गर्नुभएको छैन भने, कृपया नि:शुल्क खोपका लागि नजिकको जनस्वास्थ्य केन्द्र वा अनुबन्धित चिकित्सकीय संस्थामा जानुहोस्। खोप लगाएपछि विद्युतीय दर्ता हराइरहेको छ भने, कृपया सम्बन्धित खोप संस्थामा (कोरियाली भाषा मात्र समर्थित) विद्युतीय दर्ता अनुरोध गर्नुहोस्।

- तपाईंसँग अरू प्रश्नहरू छन् भने कृपया इन्टरनेट खोप सहायता (NIP) वेबसाइट मार्फत जानकारी लिनुहोस् वा कृपया हामीलाई फोन गर्नुहोस्।

नुरीचिब : https://nip.kdca.go.kr| फोन नम्बर : 043-719-8398~8399 | दनुरी कल सेन्टर : 1577-1366

खोप प्रक्रियाको लागि गाइड
(बहुसांस्कृतिक परिवारका लागि अभिभावकहरू)

1. कृपया आफ्नो मातृभाषामा 'खोप परीक्षण प्रश्नावली' पढ्नुहोस् र '(कोरियाली) खोप परीक्षण प्रश्नावली भर्नुहोस्।

<खोप परीक्षण प्रश्नावली भर्नका लागि निर्देशनहरू>

① कृपया आफ्नो बच्चाको नाम कोरियाली वा अंग्रेजीमा बताउनुहोस्।

② कृपया आफ्नो बच्चाको निवासी दर्ता नम्बर (विदेशी दर्ता नम्बर) बताउनुहोस्।
यदि तपाईंको बच्चासँग निवासी दर्ता नम्बर (विदेशी दर्ता नम्बर) छैन भने, कृपया खोपको लागि सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रले जारी गरेको 'अस्थायी व्यवस्थापन नम्बर' बताउनुहोस्।

③ यदि निवासी दर्तामा तपाईंको बच्चाको जन्म मिति उसको वास्तविक जन्म मिति भन्दा फरक छ भने, कृपया संकेत गरिएको बाकसमा तपाईंको बच्चाको वास्तविक जन्म मिति बताउनुहोस्।
※ तपाईंको बच्चाको खोप तालिका उसको वास्तविक जन्म मितिको आधारमा निर्धारण गरिनेछ। यदि तपाईंको बच्चाको वास्तविक जन्म मिति निवासी दर्तामा उल्लिखित मितिभन्दा फरक छ भने, कृपया आवश्यक कागजातहरू (जन्म प्रमाणपत्र, आदि) को साथ नजिकैको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रमा जन्म मिति अद्यावधिक गर्नुहोस्।

④ यदि तपाईंको बच्चा आज बिरामी छ भने, कृपया लक्षणहरू निम्नानुसार बताउनुहोस्:

1. ज्वरो	2. खोकी	3. घाँटी दुख्ने	4. झाडापखाला	5. पेट दुख्ने
6. बान्ता गर्नु	7. टाउको दुख्ने	8. कमजोरी	9. अन्य	

■ **'खोप परीक्षण प्रश्नावली' भर्दा निम्न कुराहरू सम्झनुहोस्!**
- फोन नम्बर प्रकट गर्न र पाठ सन्देशहरू प्राप्त गर्न सहमति' जाँच गर्न निश्चित गर्नुहोस्।
- कृपया तपाईंले जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुभएको भाषा बताउनुहोस्।
- तपाईंलाई चयन गरिएको भाषामा 'अर्को खोपको नाम र खोप मिति' मा जानकारी प्रदान गरिनेछ।
- आफ्नो भाषा छनौट गर्दा, दिइएको मोबाइल फोन नम्बरमा पनि 'अर्को खोप मिति' जानकारी प्राप्त गर्न आफ्नो बच्चाको अन्य हेरचाहकर्ताको मोबाइल फोन नम्बर दर्ता गर्नुहोस्।

2. कृपया परीक्षा कोठाको अगाडि पर्खनुहोस् जबसम्म तपाईंको बच्चाको नाम बोलाइँदैन।

3. (खोप लगाउनु अघि) कृपया आफ्नो बच्चाको खोप इतिहास जाँच गर्नुहोस् कि उनीहरूले विगतमा उस्तै खोप पाएका छैनन्।
※ परीक्षण चिकित्सकले कम्प्युटर प्रणाली मार्फत तपाईंको बच्चाको विगतका खोपहरू हेर्न सक्छन्।
※ तपाईंसँग खोप प्रमाणपत्र वा बच्चाको लग छ भने तपाईंको बच्चाको खोप इतिहास उल्लेख गर्दछ, कृपया यसलाई परीक्षण चिकित्सकलाई देखाउनुहोस्।

4. (खोप लगाउनु अघि) कृपया ध्यान दिएर सुन्नुहोस् किनकि परीक्षण चिकित्सकले खोप र सम्भावित प्रतिकूल प्रतिक्रियाहरू बताउँछन्।
※तपाईंलाई कोरियाली भाषा बुझ्न गाह्रो भई रहेको छ भने, कृपया परीक्षण चिकित्सकलाई तपाईंको मातृभाषामा 'खोप जानकारी पाना' को प्रतिलिपि छाप्न सोध्नुहोस्। कृपया 'खोप पछिको सावधानी र प्रतिकूल प्रतिक्रियाहरू' ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस्।

5. (खोप लगाउने क्रममा) तपाईंको बच्चा सानो छ भने, कृपया उसलाई आफ्नो काखमा राख्नुहोस् र चिकित्सकलाई सुरक्षित रूपमा खोप लगाउन मद्दत गर्न तपाईंको बच्चाको धडको वरिपरि हात लपेट्नुहोस्।

6. (खोप लगाउने क्रममा) तपाईंको बच्चालाई खोप लगाउनु अघि खोप लगाउनु अघि र पछिको सावधानीहरूका बारेमा तपाईंलाई सूचित गरिएको छ भनी सुनिश्चित गर्नुहोस्।

7. (खोप लगाएपछि) तपाईंको बच्चाको लागि अर्को खोप मिति तय गर्न परीक्षण चिकित्सकसँग परामर्श गर्नुहोस्।

8. (खोप लगाएपछि) कृपया 20 देखि 30 मिनेटसम्म अस्पतालमा बस्नुहोस् र कुनै पनि प्रतिकूल प्रतिक्रियाको लागि आफ्नो बच्चालाई निरीक्षण गर्नुहोस्

9. (घरमा) कृपया आफ्नो बच्चालाई लक्षणहरूका लागि कम्तिमा 3 घण्टाको लागि सावधानीपूर्वक निगरानी गर्नुहोस्। तपाईंको बच्चालाई उच्च ज्वरो आएको छ वा कुनै असामान्य शारीरिक लक्षणहरू देखापरमा तुरुन्तै चिकित्सकको सल्लाह लिनुहोस्।

※ तपाईंलाई खोपको लागि व्याख्या सेवाहरू आवश्यक छ भने, कृपया दानुरी कल सेन्टर (1577-1366) मा सम्पर्क गर्नुहोस्।

खोप फारम

सुरक्षित खोपको लागि तलका प्रश्नहरूलाई राम्रोसगँ पढेर, आफै (कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक) विवरण चेक गरि भर्नुहोस् ।

नाम		ना.प्र.न.	-		(□पु □म)
वास्तविक जन्ममिति		विदेशी दर्ता कार्ड नं.	-		(□पु □म)
फोन नं.	(घर)	(फोन नम्बर)		तौल	kg

व्यक्तिगत खोप जानकारीको खुलासाका लागि सहमति	बिरामीबाट पुष्टि ☑
हामीले "संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐन" को धारा 32 र "संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐनको प्रवर्तन नियम" को धारा 32-3 अनुसार विदेशी दर्ता नम्बर र संवेदनशील जानकारी सहित व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन गर्छौं। ① सङ्कलन र प्रयोगको उद्देश्य: खोपको अर्को डोज, खोप प्रोटोकल पूरा भएको छ कि छैन र खोप प्रतिकूल घटनाहरू अवलोकन गरिएको छ कि छैन भन्ने सम्बन्धमा मोबाइल एपमार्फत पाठ सन्देशहरू र पुश सूचनाहरू प्रदान गर्न। ② सङ्कलन र प्रयोग गरिने डाटा: व्यक्तिगत डाटा (संवेदनशील जानकारी र विदेशी दर्ता नम्बरसहित) र फोन नम्बर (घर/मोबाइल) ③ अवधारण अवधि: 5 वर्ष	
म यसद्वारा मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई "संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐन" को धारा 26-2 अन्तर्गत खोप रजिस्ट्री सूचना प्रणाली मा मेरो वा मेरो बच्चा/वार्डको खोप रेकर्डहरू पहुँच गर्न अनुमति दिन्छु। * तपाईं सहमत हुनुहुन्न भने, स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले तपाईंको खोप इतिहास लिखित रूपमा अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ र तपाईंले कुनै विशेष समस्याहरू नभएसम्म यसलाई विना सर्त यसको पालना गर्नुपर्छ।	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
म मेरो अर्को डोज र/वा मल्टिडोज खोपहरूको शृङ्खला पूरा भएको छ कि छैन भन्ने सम्बन्धमा पाठ सन्देश वा मोबाइल एप पुश सूचनाहरू प्राप्त गर्न सहमत छु। * तपाईं कुनै सन्देश वा सूचनाहरूबाट अप्ट आउट गर्नुहुन्छ भने, जानकारी जसको रसिदमा तपाईं सहमत हुनुहुन्न तपाईं सम्म पुग्ने छैन।	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
म सम्भावित खोप प्रतिकूल घटनाहरूको सन्दर्भमा पाठ सन्देशहरू वा मोबाइल एप पुश सूचनाहरू प्राप्त गर्न सहमत छु। * तपाईं कुनै सन्देश वा सूचनाहरूबाट अप्ट आउट गर्नुहुन्छ भने, जानकारी जसको रसिदमा तपाईं सहमत हुनुहुन्न तपाईं सम्म पुग्ने छैन।	☐ हुन्छ ☐ हुदैन

खोप अघिको परीक्षण चेकलिस्ट	बिरामीबाट पुष्टि ☑
1. के तपाईंले गत महिनाभित्र कुनै खोप लगाउनुभएको छ? छ भने, कृपया आफ्नो खोप इतिहास निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ( )	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
2. के तपाईंले खोप पछि कुनै प्रतिकूल घटनाहरू अनुभव गर्नुभयो र चिकित्सा ध्यान खोज्नुभएको छ? छ भने, कृपया प्रतिकूल घटना र तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको खोप निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ( )	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
3. के तपाईं आज बिरामी भएको महसुस गर्दै हुनुहुन्छ? यदि हुनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो लक्षणहरू वर्णन गर्नुहोस्। ( )	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
4. (महिलाहरूका लागि मात्र) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा अर्को महिनामा गर्भवती हुने सम्भावना छ?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
5. के तपाईंलाई औषधि, खाना (जस्तै, अण्डा), वा खोपबाट कहिल्यै पित्ता वा एलर्जीका लक्षणहरू छन् (जस्तै, दाग, एनाफिलेक्टिक झटका, सास फेर्न गाह्रो हुने, बेहोस हुने, ओठ/मुख सुन्निने, आदि)?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
6. के तपाईंलाई क्यान्सर, ल्युकेमिया वा प्रतिरक्षा प्रणाली रोग छ? छ भने, कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ( )	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
7. के तपाईंले पछिल्लो 3 महिनामा स्टेरोइड, केमोथेरापी वा विकिरण थेरापी गर्नुभएको छ?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
8. के तपाईंले गत वर्ष रक्त सञ्चार गर्नुभएको छ वा इम्युनोग्लोबुलिन प्राप्त गर्नुभएको छ?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
9. (COVID-19 को सन्दर्भमा) के तपाईं रगत जम्ने विकारबाट पीडित हुनुहुन्छ वा एन्टिकोगुलेन्ट औषधि लिनुहुन्छ? यदि हो भने, कृपया अवस्थाको नाम वा औषधिको प्रकार प्रदान गर्नुहोस्। ( )	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
10. के तपाईंसँग दौरा वा अन्य क्रेनियल नर्भ डिसअर्डरको इतिहास छ (जस्तै, गुइलेन-ब्यारे सिन्ड्रोम)?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
11. के तपाईंले कहिल्यै अन्य जन्मजात विसंगतिहरू, दम, फोक्सोको रोग, हृदय रोग, मृगौला रोग, कलेजो फेल, इन्डोक्राइन रोग (जस्तै, मधुमेह) र/वा रक्त विकारहरू (रगत जम्ने विकारहरू बाहेक) को निदान वा उपचार गर्नुभएको छ? छ भने, कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ( )	☐ हुन्छ ☐ हुदैन

मलाई मेरो परीक्षण नतिजा र प्रतिरक्षा पछि सम्भावित प्रतिकूल घटनाहरूका बारेमा सूचित गरिएको छ र खोप(हरू) प्राप्त गर्न सहमत छु भनी म यसद्वारा पुष्टि गर्छु।

बिरामी वा आमाबुवा/कानुनी अभिभावकको नाम: (हस्ताक्षर)

बिरामीसँगको सम्बन्ध

* कानुनी अभिभावकको विदेशी दर्ता नम्बर (जन्म दर्ता अघि नवजात शिशुहरूका लागि)

(yyyy) (mm) (dd)

डाक्टरको नतिजा (डाक्टरको रेकर्ड)		चेक ☑
शरीरको तापक्रम ℃	खोप पछि प्रतिकुल प्रतिक्रिया सम्बन्धि जानकारी गरे	☐
प्रतिकुल प्रतिक्रिय हेर्नको लागि खोपपछि 20~ 30 मिनेट खोप दिने कार्यालयमा बस्ने बारेमा जानकारी दिए		☐
पेपरवेट परिणामः		
माथिका प्रश्नको परिणाम स्वरूप खोप दिन सम्भव छ ।	डाक्टरको नामः	(सइन)

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
आफ्नो बच्चाको खोप-रकर्ड जाँच गर्नुहोस्।

मेरो बच्चाको खोप इतिहास इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्दा के फाइदाहरू छन्?

1. इलेक्ट्रोनिक दर्ताले खोप त्रुटिहरू रोक्न, अनावश्यक अतिरिक्त खोपहरू र लागतहरू कम गर्न मद्दत गर्दछ।

2. तपाईंको बच्चाको खोप इतिहास खोप सहायता वेबसाइटमा उपलब्ध हुनेछ।

- खोप सहायता वेबसाइट (https://nip.kdca.go.kr) मा साइन अप गर्नुहोस् र आफ्नो बच्चालाई उसको खोप इतिहास हेर्न दर्ता गर्नुहोस्
  - **(तपाईंको बच्चा दर्ता गर्दै)** खोप सहायता वेबसाइटमा साइन इन गर्नुहोस् → [खोपहरू प्रबन्ध गर्नुहोस्] → [मेरो बच्चाको खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [तपाईंको बच्चाको डेटा दर्ता गर्नुहोस्]
  - **(आफ्नो बच्चाको-रकर्ड हेर्दै)** खोप सहायता वेबसाइटमा साइन इन गर्नुहोस् → [खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [मेरो बच्चाको खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [मेरो बच्चाको खोप इतिहास हेर्नुहोस्]

※ यदि तपाईं खोप सहायता वेबसाइटमा आफ्नो बच्चाको खोप इतिहास हेर्न सक्नुहुन्न भने, कृपया खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थालाई तपाईंको बच्चाको इतिहास इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्न अनुरोध गर्नुहोस्।

※ 'खोप लग' हेरचाहकर्ताहरूलाई बच्चाको खोप इतिहास व्यवस्थापन गर्न मद्दत गर्नको लागि हो। खोप लग 'खोप प्रमाणपत्र'को सट्टा पेश गर्न सकिँदैन।

3. 'खोप प्रमाणपत्रहरू 'निःशुल्क (कोरियाली वा अंग्रेजीमा) अनलाइन जारी गर्न सकिन्छ।

- खोप सहायता वेबसाइटमा साइन इन गर्नुहोस् → [खोपहरू व्यवस्थापन गर्नुहोस्] → [इलेक्ट्रोनिक सेवाहरू] → [खोप प्रमाणपत्र]

4. तपाईंको बच्चाको अर्को खोप मितिको पाठ सन्देश रिमाइन्डरहरूका लागि साइन अप गर्नुहोस्।

- आफ्नो मोबाइल फोन नम्बर (आमाबाबु, हेरचाहकर्ता वा कानूनी अभिभावक) अनिवार्य खोपको लागि तपाईंको बच्चाको अर्को खोप मितिको पाठ सन्देश रिमाइन्डरहरू प्राप्त गर्न खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थामा दर्ता गर्नुहोस्।
- तपाईं यो जानकारी आफ्नो मातृभाषामा प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने, कृपया खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थालाई सम्पर्क गर्नुहोस्। तपाईंले कोरियाली र तपाईंको मातृभाषा दुवैमा पाठ सन्देश सूचनाहरू प्राप्त गर्नुहुनेछ।
  - -आफ्नो भाषा छनौट गर्दा, आफ्नो बच्चाको अन्य हेरचाहकर्ताको मोबाइल फोन नम्बर दर्ता गर्नुहोस् र त्यो मोबाइल फोन नम्बरमा पनि 'अर्को खोप मिति' जानकारी प्राप्त गर्नुहोस्।

* उपलब्ध भाषाहरू(12): नेपाली, लाओ, रूसी, मंगोलियाली, भियतनामी, अङ्ग्रेजी, उज्बेक, जापानी, चिनियाँ, खमेर, तागालोग

विदेशमा बसेर कोरिया फर्किंदा कृपया खोपको प्रमाणपत्र प्राप्त गर्नुहोस्।

यदि तपाईंको बच्चाले विदेशमा खोप प्राप्त गरेको छ भने, कृपया कोरिया फर्कनु अघि 'अंग्रेजी खोप प्रमाणपत्र' वा 'खोप प्रदान गर्ने चिकित्सा संस्थाको आधिकारिक हस्ताक्षर वा छाप भएको कागजात' प्राप्त गर्नुहोस्। कृपया तपाईंको नजिकको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्रलाई कागजात(हरू) इलेक्ट्रोनिक रूपमा दर्ता गर्न अनुरोध गर्नुहोस्।

विद्यार्थी र बालबालिकाको स्वास्थ्यको रक्षा गर्न र संक्रामक रोगको फैलावट रोक्नको लागि, कोरिया गणतन्त्रले डेकेयर, प्राथमिक विद्यालय वा माध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्ने विद्यार्थीहरूलाई सबै विद्यार्थीहरूले अनिवार्य खोप पूरा गरेको छ कि छैन भनेर निश्चित गर्न खोप प्रमाणपत्र पेश गर्न आवश्यक छ।
खोप सहायता वेबसाइटमा पूरा खोपको-रकर्ड भएका विद्यार्थीहरूले आफ्नो विद्यालयमा <खोप प्रमाणपत्र> पेश गर्न आवश्यक छैन।
* कानूनी आधारहरू: संक्रामक रोग नियन्त्रण र रोकथाम ऐनको धारा 31, विद्यालय स्वास्थ्य ऐनको धारा 10 र बाल हेरचाह ऐनको धारा 31

국가예방접종
राष्ट्रिय खोप

सरकारले खोपको खर्चमा पूर्ण अनुदान दिन्छ र सङ्क्रामक रोगबाट बच्न जनतालाई खोप लगाउनका लागि प्रोत्साहन गर्छ। नि:शुल्क खोप नजिकैको अनुबन्धित चिकित्सा केन्द्र र जनस्वास्थ्य केन्द्रहरूमा उपलब्ध छ।

उमेर र अवधिद्वारा सिफारिस गरिएका खोपका प्रकारहरू

उपलब्ध खोपहरू अनुबन्धित चिकित्सा केन्द्र र जनस्वास्थ्य केन्द्रको आधारमा भिन्न हुन सक्छन्; साइट भ्रमण गर्नुअघि पुष्टिकरण आवश्यक पर्छ।

नवजात

जन्मपछि
- पहिलो हेपाटाइटिस B (HepB) खोप

1 महिना
- क्षयरोग (BCG, इन्ट्राडर्मल) का लागि 1 खोप (4 हप्ताभित्र)
- दोस्रो हेपाटाइटिस B (HepB) खोप

शिशु र बच्चाहरू

2·4·6 महिना
- पहिलो-तेस्रो डिप्थेरिया·टिटानस·पर्टुसिस (DTaP) खोपहरू*
- पहिलो-तेस्रो पोलियोभाइरस (IPV) खोपहरू*
- पहिलो-तेस्रो हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप b (Hib) खोपहरू*
- पहिलो-तेस्रो न्युमोकोकोसिस (PCV) खोपहरू
- पहिलो-तेस्रो रोटाभाइरस सङ्क्रमण (RV) खोपहरू
- तेस्रो हेपाटाइटिस B (HepB) खोप*

*खोप 4-भ्यालेन्ट संयोजन खोप, 5-भ्यालेन्ट संयोजन खोप, 6-भ्यालेन्ट संयोजन खोपहरू मध्येबाट छनोट गरेर उपलब्ध हुन्छ।

12-15 महिना
- चौथो हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप b (Hib) खोप
- चौथो न्युमोकोकोसिस (PCV) खोप
- पहिलो दादुरा•मम्प्स•रुबेला (MMR) खोप
- 1 भेरिसेला (VAR) खोप

12-23 महिना
- पहिलो-दोस्रो हेपाटाइटिस A (HepA) खोपहरू
- पहिलो-दोस्रो इनएक्टिभेटेड जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप (IJEV)
- पहिलो लाइभ-एटेन्युटेड जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप (LJEV)

15-18 महिना
- चौथो डिप्थेरिया·टिटानस·पर्टुसिस (DTaP) खोप

24-35 महिना
- तेस्रो इनएक्टिभेटेड जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप (IJEV)
- दोस्रो लाइभ-एटेन्युटेड जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप (LJEV)

국가예방접종
राष्ट्रिय खोप

बाल्यकाल

4-6 वर्ष
- पाँचौँ डिप्थेरिया–टिटानस–पर्टुसिस (DTaP) खोप
- चौथो पोलियोभाइरस (IPV) खोप
- दोस्रो दादुरा•मम्प्स•रुबेला (MMR) खोप

6 वर्ष
- चौथो इनएक्टिभेटेड जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप (IJEV)

11-12 वर्ष
- छैटौँ टिटानस·डिप्थेरिया·पर्टुसिस (Tdap) खोप

12 वर्ष
- पाँचौँ इनएक्टिभेटेड जापानिज इन्सेफलाइटिस खोप (IJEV)

किशोर, वयस्कहरू

12-17 वर्षका महिला किशोरीहरू र कम आम्दानी भएका * 18-26 वर्षका महिलाहरू
- पहिलो-दोस्रो वा पहिलो-तेस्रो ह्युमन प्यापिलोमा भाइरस (HPV) खोपहरू

* 「राष्ट्रिय आधारभूत जीवन सुरक्षा ऐन」 का अनुसार जीवनायपन सुरक्षा प्राप्तकर्ताहरू र निम्न-मध्यम वर्गका बिरामीहरू (50% वा सोभन्दा कम औसत आम्दानी) का लागि खोपको मितिमा योग्यताको पुष्टि।

65 वर्ष वा सोभन्दा बढी उमेर
- न्युमोकोकोसिस (PPSV) का लागि 1 खोप

उच्च जोखिम समूह

उच्च जोखिम समूहका केसहरू
- टाइफाइड (ViCPS) का लागि 1 खोप (आवश्यक भएमा हरेक 3 वर्षमा)
- रेनल सिन्ड्रोम (HFRS) भएको हेमोरेजिक ज्वरोका लागि पहिलो-तेस्रो खोपहरू
- Mpox का लागि पहिलो-दोस्रो खोपहरू

मौसमी खोप

इन्फ्लुएन्जा
- 65 वर्ष वा सोभन्दा माथिका बिरामी, गर्भवती बिरामी र 6 महिनादेखि 13 वर्षका बालबालिकाका लागि 1 वटा खोप*

* पहिलो पटक इन्फ्लुएन्जा खोप लगाउने 9 वर्ष मुनिका बालबालिकाका लागि 2 वटा खोप

कोभिड 19
- 65 वर्ष वा सोभन्दा माथिका बिरामी, इम्युनोडिफिसिएन्ट बिरामी*, सङ्क्रमण-जोखिम सुविधाहरूमा अस्पतालमा भर्ना भएका बिरामीहरूका लागि 1 वटा खोप*

* यद्यपि, खोप पूरा नगरेका 6 महिनादेखि 4 वर्षसम्मका उच्च जोखिमका शिशुहरूका लागि 1–3 पटक फाइजर खोप वा 1–2 पटक मोडेर्ना खोप आवश्यक हुन्छ र 5 देखि 11 वर्षका बालबालिकाका लागि 1–2 पटक खोप आवश्यक हुन्छ।

어린이가 건강한 대한민국

कोरिया गणतन्त्रले तपाईंको बच्चाको स्वास्थ्यको हेरचाह गर्छ

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

표준예방접종일정표 (2025)

मानक ौप ता षलका (2025)

국가예방접종 राष्ट्रिय टिकाकरण

대상 감염병 लक्षित संक्रामक रोग	백신 종류 및 방법 खोपको प्रकार र विधि	횟수 राउंडहरु	출생시 जन्मेको बेला	4주이내 4 हप्ताभित्र	1개월 1 महिना	2개월 2 महिना	4개월 4 महिना	6개월 6 महिना	12개월 12 महिना	15개월 15 महिना	18개월 18 महिना	19~23개월 19 देखि 23 महिना	24~35개월 24 देखि 35 महिना	4세 उमेर 4	6세 उमेर 6	11세 उमेर 11	12세 उमेर 12
B형간염 हेपाटाइटिस बी	HepB	3	HepB 1차 (हेपाटाइटिस बी पहिलो पटक)		HepB 2차 (हेपाटाइटिस बी दोस्रो पटक)			HepB 3차 (हेपाटाइटिस बी तेस्रो पटक)									
결핵 क्षयरोग	BCG(인트라더말) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (पहिलो पटक)													
디프테리아 भ्यागुते रोग 파상풍 टिटानस 백일해 हलहरे खोकी	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP पहिलो पटक)	DTaP 2차 (DTaP दोस्रो पटक)	DTaP 3차 (DTaP तेस्रो पटक)		DTaP 4차 (DTaP चौथो पटक)				DTaP 5차 (DTaP पाँचौं पटक)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap छैटौं पटक)	
폴리오 पोलियो	IPV	4				IPV 1차 (IPV पहिलो पटक)	IPV 2차 (IPV दोस्रो पटक)	IPV 3차 (IPV तेस्रो पटक)						IPV 4차 (IPV चौथो पटक)			
B형헤모필루스인플루엔자 हटाइप बी हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा	Hib	4				Hib 1차 (Hib पहिलो पटक)	Hib 2차 (Hib दोस्रो पटक)	Hib 3차 (Hib तेस्रो पटक)	Hib 4차 (Hib चौथो पटक)								
폐렴구균 감염증 न्यूमोकोकल संक्रमण	PCV	4				PCV 1차 (PCV पहिलो पटक)	PCV 2차 (PCV दोस्रो पटक)	PCV 3차 (PCV तेस्रो पटक)	PCV 4차 (PCV चौथो पटक)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (उच्च जोखिम समूहका लागि मात्र खोप)				
로타바이러스 감염증 रोटाभाइरस संक्रमण	RV1	2				RV 1차 (RV पहिलो पटक)	RV 2차 (RV दोस्रो पटक)										
	RV5	3				RV 1차 (RV पहिलो पटक)	RV 2차 (RV दोस्रो पटक)	RV 3차 (RV तेस्रो पटक)									
홍역 दादुरा 유행성이하선염 गलफुलो 풍진 रुबेला	MMR	2							MMR 1차 (MMR पहिलो पटक)					MMR 2차 (MMR दोस्रो पटक)			
수두 भेरिसेला	VAR	1							VAR 1차 (VAR पहिलो पटक)								
A형간염 हहेपाटाइटिस ए	HepA	2							HepA 1~2차 (VAR पहिलो पटक)								
일본뇌염 हजापानी इन्सेफलाइटिस	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV पहिलो र दोस्रो पटक)				IJEV 3차 (IJEV तेस्रो पटक)		IJEV 4차 (IJEV चौथो पटक)		IJEV 5차 (IJEV पाँचौं पटक)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV पहिलो पटक)				LJEV 2차 (LJEV दोस्रो पटक)				
사람유두종바이러스 감염증 मानव पेपिलोमावायरस संक्रमण	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV पहिलो र दोस्रो पटक)	
인플루엔자 इन्फ्लुएन्जा	IIV	–						IIV 매년 접종 (वार्षिक IIV खोप)									

- राष्ट्रिय खोप परियोजनाहरू: राष्ट्र र स्थानीय सरकारद्वारा अनुदानमा खोपसम्बन्धी राष्ट्रले तोकेका खोपहरूसहित जनस्वास्थ्य केन्द्र र अनुबन्धित चिकित्सा संस्थाहरूमा खोपको खर्चलाई समर्थन गर्ने परियोजनाहरू

- खोप तालिकाअनुसार DTap, IPV र Hib खोपहरू DTaP-IPV (डिप्थेरिया·टिटानस·पर्टुसिस·पोलियो) खोप वा DTap-IPV/Hib (डिप्थेरिया·टिटानस·पर्टुसिस·पोलियो·हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप b) वा DTap-IPV-Hib-HepB (डिप्थेरिया·टिटानस·पर्टुसिस·पोलियो·हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा टाइप b·हेपाटाइटिस B) को संयोजनमा लगाउन सकिन्छ।

국가예방접종사업 안내

ຄູ່ມືສຳລັບໂຄງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ

ການສັກວັກຊີນແມ່ນວິທີທີ່ມີປະສິດທິພາບທີ່ສຸດໃນການປົກປ້ອງປະຊາຊົນຈາກພະຍາດຕິດຕໍ່, ດ້ວຍເຫດນັ້ນ ທາງພາກລັດຈຶ່ງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອເລື່ອງລາຍຈ່າຍທັງໝົດສຳລັບການສັກວັກຊີນຢູ່ທີ່ສະຖາບັນທາງການແພດທີ່ໃຫ້ບໍລິການ.

≫ ວັກຊີນສຳລັບການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ ແລະ ຕາຕະລາງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແບບມາດຕະຖານ

어린이가 건강한 대한민국
질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency
ตาตะลางการสักยาวักซีนมาดตะถาน
표준예방접종일정표 (2025)
ງການ ກຢາ ກຊີນມາດ ຖານ (2025)
대상 감염병
ເປົ້າພະຍາດພະຍາດຕິດຕໍ່
백신 종류 및 방법
ເປົ້າພະຍາດພະຍາດຕິດຕໍ່
횟수
ຮອບ
출생시
ในเวลาเกิด
4주이내
ภายใน 4 อาทิต
1개월
1 เดือน
2개월
2 เดือน
4개월
4 เดือน
6개월
6 เดือน
12개월
12 เดือน
15개월
15 เดือน
18개월
18 เดือน
19~23개월
19-23 เดือน
24~35개월
24-35 เดือน
4세
ອາຍຸ 4 ປີ
6세
ອາຍຸ 6 ປີ
11세
ອາຍຸ 11 ປີ
12세
ອາຍຸ 12 ປີ
필수 예방접종
ການສັກວັກຊີນ
B형간염 ພະຍາດຕับອັກເສບ B
ວັກຊີນພະຍາດຕັບອັກເສບ B (HepB)
3
HepB 1ຄັ້ງ (HepB ຮອບທີ 1)
HepB 2ຄັ້ງ (HepB ຮອບທີ 2)
HepB 3ຄັ້ງ (HepB ຮອບທີ 3)
결핵 ພະຍາດວັນນະໂລກ
ວັກຊີນ BCG (ສີດເຂົ້າໃນຜິວໜັງ) BCG (intradermal)
1
BCG 1ຄັ້ງ (BCG ຮອບທີ 1)
디프테리아 ພະຍາດຄໍຕີບB
파상풍 ບາດທະຍັກ
백일해 ໄອໂກ່
5
ວັກຊີນປ້ອງກັນຄໍຕີບ, ບາດທະຍັກ, ໄອໂກ່ ຂະນິດນີ້ແລ້ວ (DTaP)
DTaP 1ຄັ້ງ (DTaP ຮອບທີ 1)
DTaP 2ຄັ້ງ (DTaP ຮອບທີ 2)
DTaP 3ຄັ້ງ (DTaP ຮອບທີ 3)
DTaP 4ຄັ້ງ (DTaP ຮອບທີ 4)
DTaP 5ຄັ້ງ (DTaP ຮອບທີ 5)
1
ວັກຊີນປ້ອງກັນບາດທະຍັກ, ຄໍຕີບ, ໄອໂກ່ນ້ອຍຂະນາດ, ຄໍຕີບ (Tdap)
Tdap 6ຄັ້ງ (Tdap ຮອບ ທີ 6)
ໂປລິໂອ ພະຍາດໂປລິໂອ
4
ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໂປລິໂອ (IPV)
IPV 1ຄັ້ງ (IPV ຮອບທີ 1)
IPV 2ຄັ້ງ (IPV ຮອບທີ 2)
IPV 3ຄັ້ງ (IPV ຮອບທີ 3)
IPV 4ຄັ້ງ (IPV ຮອບທີ 4)
B ປະເພດ ໂປ ຣ ແ ກ ຊ ວ ຍ ເ ຮ ດ ວ ຽ ກ ຂ ອ ງ ຫ ວ ຍ ໄ ລ ຍ ະ ຍາ ວ ຂ ອ ງ ຕ ັ ບ ອ ັ ກ ເ ສ ບ B
ຫ ວ ຍ ໄ ລ ຍ ະ ຍ າ ວ ຂ ອ ງ ຕ ັ ບ ອ ັ ກ ເ ສ ບ B
ບ ິ ດ
4
Hib 1ຄັ້ງ (Hib ຮອບທີ 1)
Hib 2ຄັ້ງ (Hib ຮອບທີ 2)
Hib 3ຄັ້ງ (Hib ຮອບທີ 3)
Hib 4ຄັ້ງ (Hib ຮອບ ທີ 4)
ປອດ ອ ັ ກ ເ ສ ບ ຈ າ ກ ເ ຊ ື້ ອ ແ ບ ຄ ທ ີ ລ ິ ອ ດ ສ ະ ໂ ມ ນ ີ ລ ິ ສ ປ ະ ເ ພ ດ B
ປ ອ

ຄຳແນະນຳກ່ຽວກັບຂັ້ນຕອນການສັກວັກຊີນ
(ສຳລັບຄອບ ຄົວຫຼາຍວັດທະນະທຳ)

1. ກະລຸນາອ່ານ 'ແບບສອບຖາມການກວດກາການສັກວັກຊີນ' ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ແລະ ຈົ່ງຕື່ມແບບສອບຖາມ 'ການກວດກາການສັກວັກຊີນ (ເກົາຫຼີ).'

< ຄຳແນະນຳສຳລັບການຕື່ມແບບສອບຖາມການກວດກາການສັກວັກຊີນ>

① ກະລຸນາລະບຸຊື່ລູກຫຼານຂອງທ່ານເປັນພາສາເກົາຫຼີ ຫຼື ພາສາອັງກິດ.

② ກະລຸນາລະບຸໝາຍເລກທະບຽນຜູ້ຢູ່ອາໄສຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ (ໝາຍເລກທະບຽນຄົນຕ່າງປະເທດ).
ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານບໍ່ມີໝາຍເລກທະບຽນຜູ້ຢູ່ອາໄສ (ໝາຍເລກທະບຽນຄົນຕ່າງປະເທດ), ກະລຸນາລະບຸ 'ເລກຄຸ້ມຄອງຊົ່ວຄາວ' ທີ່ອອກໂດຍສຸກສາລາເພື່ອການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ.

③ ຖ້າວັນເກີດຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານໃນທະບຽນທີ່ຢູ່ອາໄສແຕກຕ່າງຈາກວັນເກີດຕົວຈິງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ, ກະລຸນາລະບຸວັນເກີດຕົວຈິງໃນກ່ອງທີ່ລະບຸໄວ້.
※ ກຳນົດເວລາການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຈະຖືກກຳນົດໂດຍອີງໃສ່ວັນເກີດຕົວຈິງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ. ຖ້າວັນທີເກີດຕົວຈິງຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານແຕກຕ່າງຈາກວັນທີທີ່ລະບຸໄວ້ໃນທະບຽນຜູ້ຢູ່ອາໄສ, ກະລຸນາປັບປຸງວັນທີເກີດຢູ່ສຸກສາລາສາທາລະນະສຸກໃກ້ຄຽງພ້ອມກັບເອກະສານທີ່ຈຳເປັນ (ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດເປັນຕົ້ນ).

④ ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານເຈັບປ່ວຍໃນມື້ດັ່ງກ່າວ, ກະລຸນາລະບຸອາການດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້:

1. ໄຂ້ຫວັດ	2. ໄອ	3. ເຈັບຄໍ	4. ຖອກທ້ອງ	5. ອາການເຈັບທ້ອງ
6. ຮາກ	7. ເຈັບຫົວ	8. ອ່ອນແອ	9. ອື່ນໆ	

■ **ຈົ່ງຈື່ສິ່ງຕໍ່ໄປນີ້ເມື່ອຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ 'ແບບສອບຖາມການກວດກາດານສັກວັກຊີນ'!**
- ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າກວດເບິ່ງ 'ຄວາມຍິນຍອມໃຫ້ເປີດເຜີຍເບີໂທລະສັບມືຖື ແລະ ຮັບຂໍ້ຄວາມໃນໂທລະສັບ.'
- ກະລຸນາລະບຸພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ມູນ.
ທ່ານຈະໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບ 'ຊື່ຂອງວັນສັກຢາ ແລະ ວັນສັກຢາຕໍ່ໄປ' ໃນພາສາທີ່ເລືອກ.
-ເມື່ອເລືອກພາສາຂອງທ່ານແລ້ວໃຫ້ລົງທະບຽນເບີໂທລະສັບມືຖືຂອງຜູ້ດູແລຄົນອື່ນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ 'ວັນສັກຢາວັກຊີນຕໍ່ໄປ' ທີ່ເບີໂທລະສັບມືຖືດັ່ງກ່າວນັ້ນເຊັ່ນດຽວກັນ.

2. ໃຫ້ ລໍ ຖ້ າຢູ່ຕໍ່ ຫນ້ າ ທ້ ອງສອບເສັ ງຈົ ນກວ່າຊື່ ຂອງລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານຈະຖື ກເອີ້ ນ.
3. (ກ່ອນທີ່ ຈະສັ ກວັ ກຊີ ນ) ກະລຸ ນາກວດເບິ່ ງປະຫວັ ດການສັ ກວັ ກຊີ ນຂອງລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານເພື່ ອຮັ ບປະກັ ນວ່າພວກເຂົ າບໍ່ ໄດ້ ສັ ກວັ ກຊີ ນປະເພດ ດຽວກັ ນໃນເວລາຜ່ານມາ.
※ ແພດກວດກາຍະພາບອາດຈະຊອກຫາການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນໃນໄລຍະຜ່ານມາຂອງລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານຜ່ານລະບົ ບຄອມພິ ວເຕີ .
※ ຖ້ າທ່ານມີ ໃບຢັ້ ງຢືນການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ ຫຼື ບັ ນທຶ ກເດັ ກນ້ ອຍທີ່ ລະບຸ ປະຫວັ ດການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນຂອງລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານ, ກະລຸ ນາສະແດງໃຫ້ ແພດກວດກາຍະພາບ.
4. (ກ່ອນການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ) ກະລຸ ນາຟັ ງຢ່ າງລະມັ ດລະວັ ງເວລາທີ່ ແພດກວດກາຍະພາບອະທິ ບາຍຢາວັ ກຊີ ນ ແລະ ປະຕິ ກິ ລິ ຍາທີ່ ບໍ່ ດີ ທີ່ ອາດຈະເປັ ນ ໄປໄດ້ .
※ ຖ້ າທ່ານມີ ຄວາມຫຍຸ້ ງຍາກໃນການເຂົ້ າ ໃຈພາສາເກົ າ ຫຼີ , ກະລຸ ນາແຈ້ ງບອກໃຫ້ ແພດກວດກາຍະພາບເພື່ ອພິ ມສຳເນົ າ ຂອງ 'ເອກະສານຂໍ້ ມູ ນວັ ກຊີ ນ' ເປັ ນພາສາຂອງທ່ານ. ກະລຸ ນາອ່ານ 'ຂໍ້ ຄວນລະວັ ງຫຼັ ງຈາກການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ ແລະ ປະຕິ ກິ ລິ ຍາທີ່ ບໍ່ ດີ ' ຢ່ າງລະມັ ດລະວັ ງ.
5. (ໃນລະຫວ່ າງການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ) ຖ້ າລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານເປັ ນເດັ ກນ້ ອຍ, ກະລຸ ນາເອົ າ ລາວນັ່ ງຢູ່ ຕັ ກຂອງທ່ານ ແລະ ເອົ າແຂນອ້ ອມໂຕຂອງລູ ກຫຼ ານ ຂອງທ່ານເພື່ ອຊ່ ວຍແພດກາຍະພາບໃຫ້ ສັ ກຢາວັ ກຊີ ນຢ່ າງປອດໄພ.
6. (ໃນລະຫວ່ າງການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ) ໃຫ້ ແນ່ ໃຈວ່ າທ່ ານໄດ້ ຮັ ບການແຈ້ ງເຕື ອນກ່ ຽວກັ ບການປ້ ອງກັ ນກ່ ອນ ແລະ ຫຼັ ງການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນກ່ ອນທີ່ ລູ ກ ຂອງທ່ານຈະໄດ້ ຮັ ບການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ.
7. (ຫຼັ ງຈາກການສັ ກວັ ກຊີ ນແລ້ ວ) ໃຫ້ ປຶ ກສາກັ ບແພດກວດກາຍະພາບເພື່ ອກຳນົ ດວັ ນສັ ກວັ ກຊີ ນຕໍ່ ໄປສຳລັ ບລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານ.
8. (ຫຼັ ງຈາກການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນແລ້ ວ) ກະລຸ ນາຢູ່ ໂຮງໝໍ ເປັ ນເວລາ 20 ຫາ 30 ນາທີ ກ່ ອນ ແລະ ສັ ງເກດເບິ່ ງລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ານວ່ ານີ ອາການແພ້ ຫຍັ ງຫຼື ບໍ່
9. (ຢູ່ ເຮື ອນ) ກະລຸ ນາຕິ ດຕາມລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ ານຢ່ າງລະມັ ດລະວັ ງຢ່ າງໜ້ ອຍ 3 ຊົ່ ວໂມງສຳ ລັ ບອາການ. ຖ້ າລູ ກຫຼ ານຂອງທ່ ານຖ້ ານີ ອາການໄຂ້ ສູ ງ ຫຼື ມີ ອາການທາງຮ່ າງກາຍທີ່ ບໍ່ ປົ ກກະຕິ ແມ່ ນໃຫ້ ໄປພົ ບແພດທັ ນທີ .

※ ຖ້ າທ່ ານຕ້ ອງການບໍ ລິ ການແປພາສາສຳ ລັ ບການສັ ກຢາວັ ກຊີ ນ, ກະລຸ ນາຕິ ດຕໍ່ ຄໍ ເຊັ ນເຕີ Danuri ທີ່ ເບີ (1577-1366).

ใบสอบถาม ก่อนสักยาป้องกันพะยาด

ເພື່ອຮັບປະກັນ ໃຫ້ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ມີຄວາມປອດໄພ, ທ່ານ ຕ້ອງໄດ້ອ່ານຄຳຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້
ໃຫ້ລະອຽດຊັດເຈນ, ພ້ອມທັງ ລົງລາຍເຊັນຕົນເອງ (ຜູ້ເຖົ້າພ້າ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ) ໃສ່ໃນລາຍການ ທີ່ກຳນົດໃຫ້.

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ		ເລກບັດປະຈຳຕົວ	-	(□ຊາຍ □ຍິງ)
ວັນເດືອນປີເກີດ ຕົວຈິງ		ເລກບັດຕ່າງດ້າວ	-	(□ຊາຍ □ຍິງ)
ເບີໂທ	(ເຮືອນ) (ມືຖື)		ນ້ຳໜັກ	kg

ການຍິນຍອມເພື່ອໃຫ້ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບການຮັບວັກຊີນ	ການຢືນຢັນຈາກຄົນເຈັບ ☑
ພວກເຮົາເກັບເອົາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ເຊິ່ງລວມທັງເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນຕາມມາດຕາ 32 ຂອງ "ກົດໝາຍว่าด้วยการควบคุม และ ป้องกันพะยาดติดต่อ" ແລະ ມາດຕາ 32-3 ຂອງ "ດຳລັດບັງຄັບໃຊ้ກົດໝາຍว่าด้วยการควบคุม และ ป้องกันพะยาดติดต่อ". ① ຈຸດປະສົງຂອງການເກັບ ແລະ ການນຳໃຊ้: ເພື່ອສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ແລະ ການແจ้งเตือนผ่านแอบมือถือ ກ່ຽວກັບວັກຊີນໂດສຕໍ່ໄປ, ບໍ່ວ່າພິທີການທາງການສັກວັກຊີນจะคบ ຫຼື ບໍ່ ແລະ ໄດ้ມີການສັງເກດເບິ່ງອາການທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາจากวักซีน ຫຼື ບໍ່ກໍ່ຕາມ. ② ຂໍ້ມູນທີ່ຈະເກັບເອົາ ແລະ ນຳໃຊ้: ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນ ແລະ ເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດ) ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບ (ບ້ານ/ມືຖື) ③ ໄລຍະເວລາເກັບຮັກສາไว้: 5 ປີ	
ຂ້າພະເจ้าอะนุยาดให้ผู้ให้บริการด้านสาธาละนะสุกของข้าพะเจ้าเข้าเถิงบันทึกการสักวักซีนของลูกของข้าพะเจ้า/ตึกคนเจ็บ ยู่ในละบบข้อมูลลงทะบรียนสักยาป้องกันพะยาด ตามความจำเป็นที่จะต้องรับชาบพายใต้มาดตา 26-2 ของ "กฎหมายว่าด้วยการควบคุม และ ป้องกันพะยาดติดต่อ". * ถ้าท่านบ่ยินยอม, ผู้ให้บริการด้านสาธาละนะสุกอาดสะเหนีขอปะหวัดการสักวักซีนของท่านย่างเป็นลายลักอักสอน และ ท่านต้องปะติบัดตามโดยบ่มีเงื่อนไข ເว้ນแต่ว่าจะมีบันหาพิเสด.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຂ້າພະເจ้าเห็นดีรับข้อความ ຫຼື ການแจ้งเตือนยู่แอบมือถือ ที่ก่ยวกับโดสต่อไปของข้าพะเจ้า ແລະ/ຫຼື ได้มีการให้วักซีนหลายโดสถับตามจำนวนแล้วบ่. * ถ้าท่านเลือกที่จะบ่รับข้อความ ຫຼື ການแจ้งเตือน, ท่านจะบ่ได้รับข้อมูลที่ท่านบ่ยินยอมรับ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຂ້າພະເจ้าเห็นดีรับข้อความ ແລະ ການแจ้งเตือนยู่แอบมือถือ ที่ก่ยวกับอาการที่บ่เพิ่งปาดถะหวาจากวักซีนที่อาดจะเกิดขึ้นได้. * ถ้าท่านเลือกที่จะบ่รับข้อความ ຫຼື ການแจ้งเตือน, ท่านจะบ่ได้รับข้อมูลที่ท่านบ่ยินยอมรับ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ

ລາຍການກວດສອບກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ	ການຢືນຢັນຈາກຄົນເຈັບ ☑
1. ທ່ານໄດ້ຮັບວັກຊີນໃດໜຶ່ງພາຍໃນເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ? ຖ້າໄດ້ຮັບ, ກະລຸນາລະບຸປະຫວັດການຮັບວັກຊີນຂອງທ່ານ. ( )	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
2. ທ່ານເຄີຍມີອາການທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາຫຼັງຮັບວັກຊີນ ແລະ ໄດ້ໃຫ້ແພດກວດບໍ? ຖ້າເຄີຍ, ກະລຸນາລະບຸອາການທີ່ບໍ່ເພິ່ງປາດຖະໜາ ແລະ ວັກຊີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ. ( )	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
3. ມື້ນີ້ທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍກ່ຽວກັບອາການຂອງທ່ານ. ( )	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
4. (ສຳລັບແມ່ຍິງເທົ່ານັ້ນ) ທ່ານຖືພາ ຫຼື ມີໂອກາດທີ່ຈະຖືພາໃນເດືອນຖັດໄປບໍ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
5. ທ່ານເຄີຍມີອາການລົມພິດ ຫຼື ອາການພູມແພ້ (ເຊັ່ນ: ຜື່ນແດງ, ອາການແພ້ຮຸນແຮງ, ຫາຍໃจສັ້ນ, ໝົດສະຕິ, ສົບ/ປາກບວມ, ອື່ນໆ) ຈາກຢາ, ອາຫານ (ເຊັ່ນ: ໄຂ່) ຫຼື ວັກຊີນບໍ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
6. ທ່ານເປັນມະເຮັງ, ມະເຮັງເມັດເລືອດຂາວ ຫຼື ພະຍາດລະບົບພູມຄຸ້ມກັນບໍ? ຖ້າເປັນ, ກະລຸນາລະບຸ. ( )	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
7. ທ່ານໄດ້ຮັບສະເตรอย, ເຄມີບຳບັດ ຫຼື ການບຳບັດດ້ວຍການສາຍແສງໃນ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
8. ທ່ານໄດ້ປ່ຽນຖ່າຍເລືອດ ຫຼື ຮັບສານຕ້ານເຊື້ອໃນປີທີ່ຜ່ານມາບໍ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
9. (ກ່ຽວກັບໂຄວິດ-19) ທ່ານມີອາການເລືອດແຂງໂຕໂດຍຜິດປົກກະຕິ ຫຼື ກິນຢາຕ້ານການແຂງຕົວຂອງເລືອດບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸຊື່ຂອງອາການ ຫຼື ປະເພດຂອງຢາ. ( )	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
10. ທ່ານມີອາການຊັກ ຫຼື ອາການເສັ້ນປະສາດໃນສະໝອງຜິດປົກກະຕິ (ເຊັ່ນ: ອາການ Guillain-Barré) ບໍ?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
11. ທ່ານຖືກບົ່ງມະຕິ ຫຼື ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວອາການຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ມີມາຕັ້ງແຕ່ເກີດ, ພະຍາດຫືດ, ພະຍາດປອດ, ພະຍາດຫົວໃจ ແລະ ເສັ້ນເລືອດ, ໝາກໄຂ່ຫຼັງບໍ່ເຮັດວຽກ, ຕັບວາຍ, ພະຍາດຕ່ອມບໍ່ມີທໍ່ (ເຊັ່ນ: ເບົາຫວານ) ແລະ/ຫຼື ອາການເລືອດຜິດປົກກະຕິ (ນອກຈາກອາການເລືອດແຂງໂຕໂດຍຜິດປົກກະຕິ) ບໍ? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸ. ( )	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
ຂ້າພະເจ้าขอยืนยันว่า ข้าพะเจ้าได้รับชาบก่ยวกับผมการกวดของข้าพะเจ้า ແລະ ก่ยวกับอาการที่บ่เพิ่งปาดถะหวาหลังการสักยาป้องกันพะยาด ແລະ ข้าพะเจ้าเห็นดีรับวักซีน. ຊື່ຄົນເຈັບ/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ: (ລາຍເຊັນ) ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ: * ເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ (ສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່ກ່ອນການລົງທະບຽນການເກີດ) (ປີ) (ເດືອນ) (ວັນທີ)	

ຜົນການກວດກາຂອງແພດ (ຄຳເຫັນຂອງແພດ)		ยืนยัน ☑
ອຸນຫະພູມ: °C	ໄດ້ອະທິບາຍ ອາການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ ພາຍຫຼັງສັກຢາ ໃຫ້ຜູ້ປົກ ຄອງເດັກຮັບຮູ້ແລ້ວ	☐
'ພາຍຫຼັງ ສັກຢາແລ້ວ, ໄດ້ແນະນຳໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງເດັກ ພາເດັກລໍຖ້າ ຢູ່ຈຸດສັກຢາ ເປັນເວລາ 20-30 ນາທີ ເພື່ອສັງເກດອາການ ທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນ'		☐
ຜົນການກວດກາ :		
ບໍ່ມີບັນຫາຫຍັງ, ເດັກຜູ້ນີ້ ສາມາດເຂົ້າສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດໄດ້. ຊື່ແພດ : (ລາຍເຊັນ)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
ກະລຸນາກວດເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.

■ ການລົງທະບຽນປະຫວັດການສັກຢາວັກຊີນຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍທາງເອເລັກໂຕຣນິກແມ່ນມີປະໂຫຍດຫຍັງແດ່?

1. ການລົງທະບຽນທາງເອເລັກໂຕຣນິກຊ່ວຍປ້ອງກັນຄວາມຜິດພາດໃນການສັກຢາວັກຊີນ, ຫຼຸດຜ່ອນການສັກຢາວັກຊີນເພີ່ມເຕີມ ແລະ ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ.
2. ປະຫວັດການສັກວັກຊີນຂອງລູກຂອງທ່ານຈະສາມາດໃຊ້ໄດ້ໃນເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance.
   - ○ ລົງທະບຽນຢູ່ເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນກັນທີ່ (https://nip.kdca.go.kr) ແລະ ລົງທະບຽນລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອເບິ່ງປະຫວັດການສັກວັກຊີນຂອງລາວ
     - (ລົງທະບຽນລູກຫຼານຂອງທ່ານ) ເຂົ້າສູ່ລະບົບເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance → [ຄຸ້ມຄອງຈັດການສັກຢາວັກຊີນ] [ຄຸ້ມຄອງຈັດການສັກຢາວັກຊີນຂອງລູກຫຼານຂ້ອຍ] → [ລົງທະບຽນຂໍ້ມູນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ]
     - (ເບິ່ງບັນທຶກຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ) ເຂົ້າສູ່ລະບົບເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance → [ຄຸ້ມຄອງຈັດການການສັກຢາວັກຊີນ] → [ຄຸ້ມຄອງຈັດການການສັກຢາວັກຊີນຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍ] [ເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາວັກຊີນຂອງລູກຫຼານຂອງຂ້ອຍ]

> ※ ຖ້າ ທ່ານ ບໍ່ສາມາດ ເບິ່ງປະຫວັດການສັກຢາວັກຊີນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານຢູ່ໃນເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance, ກະລຸນາຮ້ອງຂໍຕໍ່ສະຖາບັນການແພດທີ່ໃຫ້ການສັກຢາວັກຊີນເພື່ອລົງທະບຽນປະຫວັດຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານທາງເອເລັກໂຕຣນິກ.
> ※ ບັນທຶກການສັກຢາວັກຊີນ' ມີຈຸດປະສົງເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ດູແລຈັດການປະຫວັດການສັກຢາວັກຊີນຂອງເດັກໄດ້. ບໍ່ສາມາດສົ່ງບັນທຶກການສັກຢາວັກຊີນແທນ 'ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາວັກຊີນ' ໄດ້.

3. 'ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາວັກຊີນ' ສາມາດອອກໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າທາງອອນໄລນ໌ (ໃນພາສາເກົາຫຼີ ຫຼື ພາສາອັງກິດ).
   - ○ ເຂົ້າສູ່ລະບົບເວບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance [ຄຸ້ມຄອງຈັດການການສັກວັກຊີນ] → [ບໍລິການເອເລັກໂຕຣນິກ] → [ໃບຢັ້ງຢືນການສັກວັກຊີນ]
4. ລົງທະບຽນເພື່ອສົ່ງຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບວັນສັກຢາວັກຊີນຕໍ່ໄປຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານ.
   - ○ ລົງທະບຽນເບີໂທລະສັບມືຖືຂອງທ່ານ (ພໍ່ແມ່, ຜູ້ດູແລ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍ) ກັບ ສະຖາບັນການແພດທີ່ສະໜອງການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ເພື່ອຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນກ່ຽວກັບວັນສັກຢາວັກຊີນຕໍ່ໄປຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານສຳລັບການສັກຢາວັກຊີນທີ່ບັງຄັບໃຊ້
   - ○ **ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຮັບຂໍ້ມູນນີ້ ເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ສະຖາບັນການແພດທີ່ສະໜອງການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ. ທ່ານຈະໄດ້ຮັບແຈ້ງການສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ທັງພາສາເກົາຫຼີ ແລະ ພາສາຂອງທ່ານ.**
     - ເມື່ອເລືອກພາສາຂອງທ່ານແລ້ວ, ໃຫ້ລົງທະບຽນເບີໂທລະສັບມືຖືຂອງຜູ້ດູແລຄົນອື່ນຂອງລູກຫຼານຂອງທ່ານເພື່ອຮັບຂໍ້ມູນ 'ວັນສັກຢາວັກຊີນຕໍ່ໄປ' ທີ່ເບີໂທລະສັບມືຖືດັ່ງກ່າວນັ້ນ ເຊັ່ນດຽວກັນ.

* ພາສາທີ່ສາມາດໃຊ້ໄດ້(12): ເນປານ, ລາວ, ຣັດເຊຍ, ມົງໂກລີ, ຫວຽດນາມ, ອັງກິດ, ອູສະເບັກ, ຍີ່ປຸ່ນ, ຈີນ, ຂະເມ, ຕະກາລັອກ

■ ກະລຸນາຮັບເອົາໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາວັກຊີນຖ້າກັບຄືນປະເທດເກົາຫຼີພາຍຫຼັງອາໄສຢູ່ຕ່າງປະເທດ.

ຖ້າລູກຫຼານຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການສັກຢາວັກຊີນຢູ່ຕ່າງປະເທດ, ກະລຸນາຮັບເອົາ 'ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາວັກຊີນເປັນພາສາອັງກິດ' ຫຼື 'ເອກະສານທີ່ມີລາຍເຊັນ ຫຼື ປະທັບຕາທາງການຂອງສະຖາບັນການແພດທີ່ໃຫ້ການສັກຢາວັກຊີນ' ກ່ອນທີ່ຈະກັບຄືນໄປປະເທດເກົາຫຼີ. ກະລຸນາຂໍກັບສຸກສາລາສາທາລະນະທີ່ຢູ່ໃກ້ກັບບ່ອນທີ່ທ່ານລົງທະບຽນເອກະສານທາງເອເລັກໂຕຣນິກ.

> ເພື່ອເປັນການປົກປັກຮັກສາສຸຂະພາບຂອງນັກຮຽນ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ແລະ ເພື່ອປ້ອງກັນການແຜ່ລະບາດຂອງພະຍາດຕິດແປດ, ສາທາລະນະລັດເກົາຫຼີກຳນົດໃຫ້ນັກຮຽນທີ່ ເຂົ້າໂຮງຮຽນລ້ຽງເດັກ, ໂຮງ ຮຽນປະຖົມ ຫຼື ໂຮງຮຽນມັດທະຍົມສົມບູນຕ້ອງສົ່ງໃບຢັ້ງຢືນການສັກວັກຊີນເພື່ອເປັນການຢັ້ງຢືນ* ວ່ານັກຮຽນທຸກຄົນໄດ້ສຳເລັດການສັກຢາວັກຊີນແບບບັງຄັບແລ້ວ.
> ນັກຮຽນທີ່ມີບັນທຶກການສັກຢາວັກຊີນທີ່ສຳເລັດແລ້ວໃນເວັບໄຊຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສັກວັກຊີນເສີມພູມຄຸ້ມກັນ ຫຼື Immunization Assistance ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສົ່ງ < ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາວັກຊີນ > ໄປໂຮງຮຽນຂອງພວກເຂົາ.
> * ເຫດຜົນທາງດ້ານກົດໝາຍ: ມາດຕາ 31 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່, ມາດຕາ 10 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບໂຮງຮຽນ ແລະ ມາດຕາ 31 ຂອງກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການດູແລເດັກ

국가예방접종
ການສັກວັກຊີນແຫ່ງຊາດ

ລັດຖະບານໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຢ່າງເຕັມທີ່ຕໍ່ລາຍຈ່າຍສຳລັບການສັກວັກຊີນ ແລະ ສົ່ງເສີມໃຫ້ປະຊາຊົນຮັບວັກຊີນເພື່ອປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່. ການສັກວັກຊີນຟຣີແມ່ນທີ່ມີຢູ່ສູນການແພດທີ່ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ສູນສາທາລະນະສຸກ.

■ ປະເພດຂອງວັກຊີນທີ່ແນະນຳຕາມອາຍຸ ແລະ ໄລຍະເວລາ

ການບໍລິການສັກວັກຊີນທີ່ມີຢູ່ອາດຈະແຕກຕ່າງອອກໄປ ໂດຍຂຶ້ນກັບສູນທາງການແພດທີ່ໃຫ້ບໍລິການ ແລະ ສູນສາທາລະນະສຸກ; ຈຳເປັນຕ້ອງມີການຢືນຢັນກ່ອນເຂົ້າໄປໃຊ້ບໍລິການ.

ເດັກເກີດໃໝ່

✔ ຫຼັງການເກີດ
- ວັກຊີນຕ້ານພະຍາດຕັບອັກເສບ B (HepB) ເຂັມທີ 1

✔ 1ເດືອນ
- ວັກຊີນ 1 ເຂັມ (ພາຍໃນ 4 ອາທິດ) ເພື່ອຕ້ານພະຍາດວັນນະໂລກ (BCG, ໃນຜິວໜັງ)
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດຕັບອັກເສບ B (HepB) ເຂັມທີ 2

ເດັກອ່ອນ ແລະ ເດັກຮຽນຍ່າງ

✔ 2·4·6ເດືອນ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນຄໍຕີບ, ບາດທະຍັກ, ໄອໄກ່ (DTaP) ເຂັມທີ 1-3*
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໄວຣັສໂປລິໂອ (IPV) ເຂັມທີ 1-3*
- ວັນຊີນປ້ອງກັນ haemophilus influenzae ຊະນິດ b (Hib) ເຂັມທີ 1-3*
- ວັກຊີນປ້ອງກັນ pneumococcosis (PCV) ເຂັມທີ 1-3
- ວັກຊີນປ້ອງກັນການຕິດເຊື້ອຈາກໂຣຕ້າໄວຣັສ (RV) ເຂັມທີ 1-3
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໄວຣັສໂປລິໂອ (IPV) ເຂັມທີ 1-3*

*ສາມາດຮັບວັກຊີນໂດຍການເລືອກວັກຊີນລວມ 4 ຊະນິດ, ວັກຊີນລວມ 5 ຊະນິດ, ວັກຊີນລວມ 6 ຊະນິດ

✔ 12-15ເດືອນ
- ວັນຊີນປ້ອງກັນ haemophilus influenzae ຊະນິດ b (Hib) ເຂັມທີ 4
- ວັກຊີນປ້ອງກັນ pneumococcosis (PCV) ເຂັມທີ 4
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໝາກແດງ•ໝາກເບີດ•ຫັດເຢຍລະມັນ (MMR) ເຂັມທີ 1
- ວັກຊີນປ້ອງກັນອີສຸກອີໃສ (VAR) 1 ເຂັມ

✔ 12-23ເດືອນ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດຕັບອັກເສບ A (HepA) ເຂັມທີ 1-2
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບ (IJEV) ຊະນິດເຊື້ອຕາຍ ເຂັມທີ 1-2
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບ (LJEV) ຊະນິດເຊື້ອເປັນທີ່ອ່ອນລົດ ເຂັມທີ 1

✔ 15-18ເດືອນ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນຄໍຕີບ, ບາດທະຍັກ, ໄອໄກ່ (DTaP) ເຂັມທີ 4

✔ 24-35ເດືອນ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບ (IJEV) ຊະນິດເຊື້ອຕາຍ ເຂັມທີ 3
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບ (LJEV) ຊະນິດເຊື້ອເປັນທີ່ອ່ອນລົດ ເຂັມທີ 2

국가예방접종
ການສັກວັກຊີນແຫ່ງຊາດ

ໄວເດັກ

4-6ປີ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນຄໍຕີບ, ບາດທະຍັກ, ໄອໄກ່ (DTaP) ເຂັມທີ 5
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໄວຣັສໂປລິໂອ (IPV) ເຂັມທີ 4
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໝາກແດງ•ໝາກເບີດ•ຫັດເຢຍລະມັນ (MMR) ເຂັມທີ 2

6ປີ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບ (IJEV) ຊະນິດເຊື້ອຕາຍ ເຂັມທີ 4

11-12ປີ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນບາດທະຍັກ, ຄໍຕີບ, ໄອໄກ່ (Tdap) ເຂັມທີ 6

12ປີ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໄຂ້ສະໝອງອັກເສບ (IJEV) ຊະນິດເຊື້ອຕາຍ ເຂັມທີ 5

ໄວໜຸ່ມ, ຜູ້ໃຫຍ່

ໄວໜຸ່ມຍິງອາຍຸ 12-17 ປີ ແລະ ແມ່ຍິງທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳ* ອາຍຸ 18-26 ປີ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໄວຣັສປາປີໂລມາໃນຄົນ (HPV) 1-2 ເຂັມ ຫຼື 1-3 ເຂັມ

*ການຢືນຢັນເຖິງຄຸນສົມບັດໃນວັນທີສັກວັກຊີນໃຫ້ແກ່ປະຊາຊົນທີ່ຕ້ອງການຄວາມປອດໄພໃນການດຳລົງຊີວິດຂັ້ນພື້ນຖານ ແລະ ຄົນເຈັບທີ່ມີລາຍໄດ້ຕ່ຳຫາກາງ (50% ຫຼື ລາຍໄດ້ຕ່ຳຫາກາງ) ຕາມ「ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມປອດໄພໃນການດຳລົງຊີວິດຂັ້ນພື້ນຖານ」

65 ປີຂຶ້ນໄປ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນ pneumococcosis (PPSV) 1 ເຂັມ

ກຸ່ມຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ

ກໍລະນີຂອງກຸ່ມຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໄຂ້ໄທຟອຍ (ViCPS) 1 ເຂັມ (ທຸກ 3 ປີ ຖ້າຫາກວ່າຈຳເປັນ)
- ວັກຊີນປ້ອງກັນໄຂ້ເລືອດອອກທີ່ມີອາການທາງໝາກໄຂ່ຫຼັງ (HFRS) 1-3 ເຂັມ
- ວັກຊີນປ້ອງກັນຝີດາກລີງ 1-2 ເຂັມ

ການສັກວັກຊີນຕາມລະດູການ

ໄຂ້ວັດໃຫຍ່
- ວັກຊີນ 1 ເຂັມສຳລັບຄົນເຈັບອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ຄົນເຈັບຖືພາ ແລະ ເດັກນ້ອຍອາຍຸ 6 ເດືອນ-13 ປີ*

* ວັກຊີນ 2 ເຂັມສຳລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 9 ປີ ທີ່ໄດ້ຮັບວັກຊີນປ້ອງກັນໄຂ້ວັດໃຫຍ່ເປັນເທື່ອທຳອິດ

ໂຄວິດ 19
- ວັກຊີນ 1 ເຂັມສຳລັບຄົນເຈັບອາຍຸ 65 ປີຂຶ້ນໄປ, ຄົນເຈັບທີ່ມີພູມຄຸ້ມກັນບົກຜ່ອງ*, ຄົນເຈັບທີ່ນອນໂຮງໝໍຢູ່ຕຶກທີ່ມີຄວາມສ່ຽງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອ*

*ຢ່າງໃດກໍຕາມ, ການສັກວັກຊີນ Pfizer 1-3 ເທື່ອ ຫຼື ການສັກວັກຊີນ Moderna 1-2 ເທື່ອແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບເດັກອ່ອນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງທີ່ມີອາຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 4 ປີທີ່ສັກວັກຊີນຍັງບໍ່ຄົບຕາມຈຳນວນ ແລະ ການສັກວັກຊີນ 1-2 ເທື່ອແມ່ນຈຳເປັນສຳລັບເດັກນ້ອຍອາຍຸ 5 ຫາ 11 ປີ.

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국

ตาตะลางการสักยาวักซีนมาดตะถาน

표준예방접종일정표 (2025)

ງການຢາ ກຊີນມາດ ຖານ (2025)

국가예방접종
ລັດຖະບານ ວັກຊີນ

대상 감염병 เป้าหมายพะยาดติดต่อ	백신 종류 및 방법 เป้าหมายพะยาดติดต่อ	횟수 รอบ	출생시 ຖ້ວນເວລາເກີດ	4주이내 ພາຍໃນ 4 ອາທິດ	1개월 1 ເດືອນ	2개월 2 ເດືອນ	4개월 4 ເດືອນ	6개월 6 ເດືອນ	12개월 12 ເດືອນ	15개월 15 ເດືອນ	18개월 18 ເດືອນ	19~23개월 19-23 ເດືອນ	24~35개월 24-35 ເດືອນ	4세 ອາຍຸ 4 ປີ	6세 ອາຍຸ 6 ປີ	11세 ອາຍຸ 11 ປີ	12세 ອາຍຸ 12 ປີ
B형간염 พะยาดตับอักเสบ B	ยาวักซีนพะยาดตับอักเสบ B (HepB)	3	HepB 1차 (HepB รอบที่ 1)		HepB 2차 (HepB รอบที่ 2)			HepB 3차 (HepB รอบที่ 3)									
결핵 พะยาดวัมมะโลภ	ยาวักซีน BCG (ສີດເຂົ້າໃນຜິວໜັງ) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG รอบที่ 1)													
디프테리아 พะยาดถํติบB 파상풍 บาดทะยัก 백일해 ไอไก่	ยาวักซีนป้องกันถํติบ, บาดทะยัก, ไอไก่ ຊะນิດບໍ່ມີເຊວ (DTaP)	5				DTaP 1차 (DTaP รอบที่ 1)	DTaP 2차 (DTaP รอบที่ 2)	DTaP 3차 (DTaP รอบที่3)		DTaP 4차 (DTaP รอบที่ 4)				DTaP 5차 (DTaP รอบที่5)			
	ยาวักซีนป้องกันบาดทะยัก, ถํติบ, ไอไก่/บาดทะยัก, ถํติบ (Tdap)	1														Tdap 6차 (Tdap รอบ^ 6)	
폴리오 พะยาดโปลิโอ	ยาวักซีนป้องกันพะยาดโปลิโอ (IPV)	4				IPV 1차 (IPV รอบที่ 1)	IPV 2차 (IPV รอบที่ 2)	IPV 3차 (IPV รอบที่ 3)						IPV 4차 (IPV รอบที่ 4)			
B형헤모필루스인플루엔자 ไอ้หวัดใหย่เรโมฟิลัสปะเพด B	ຣີບ	4				Hib 1차 (Hib รอบที่ 1)	Hib 2차 (Hib รอบที่ 2)	Hib 3차 (Hib รอบที่ 3)	Hib 4차 (Hib รอบที่ 4)								
폐렴구균 감염증 ການຕິດເຊື້ອປອດອັກເສບ	ยาวักซีนป้องกันแบักเตีริ PCV	4				PCV 1차 (PCV รอบที่ 1)	PCV 2차 (PCV รอบที่ 2)	PCV 3차 (PCV รอบที่ 3)	PCV 4차 (PCV รอบที่ 4)								
	ยาวักซีนป้องกันแบักเตีริปอดอักเสบຊະນິດ PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (ການສັກຢາວັກຊີນປ້ອງກັນແມ່ນສຳລັບກຸ່ມທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງເທົ່ານັ້ນ)				
로타바이러스 감염증 ການຕິດເຊື້ອໄວຣັສโรตา	RV1	2				RV 1차 (RV รอบที่ 1)	RV 2차 (RV รอบที่ 2)										
	RV5	3				RV 1차 (RV รอบที่ 1)	RV 2차 (RV รอบที่ 2)	RV 3차 (RV รอบที่ 3)									
홍역 พะยาดหมากแดงน้อย 유행성이하선염 พะยาดหมากเบิด 풍진 พะยาดหมากแดงใหย่	ยาวักซีนป้องกันหมากแดงน้อย, หมากเบิด, หมากแดงใหย่ (MMR)	2							MMR 1차 (MMR รอบที่ 1)					MMR 2차 (MMR รอบที่ 2)			
수두 พะยาดหมากแดงใหย่	ยาวักซีนป้องกันหมากสุกหมากใส (VAR)	1							VAR 1차 (VAR รอบที่ 1)								
A형간염 พะยาดตับอักเสบ A	ยาวักซีนป้องกันตับอักเสบ A (HepA)	2							HepA 1~2차 (HepA รอบที่ 1 ແລະ รอบที่ 2)								
일본뇌염 พะยาดไอ้สะหมองอักเสบยี่ปุ่น	ยาวักซีนป้องกัน IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV รอบที่ 1 ແລະ รอบที่ 2)				IJEV 3차 (IJEV รอบที่ 3)		IJEV 4차 (IJEV รอบที่ 4)		IJEV 5차 (IJEV รอบที่ 5)
	ยาวักซีนป้องกัน LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV รอบที่ 1)				LJEV 2차 (LJEV รอบที่ 2)				
사람유두종바이러스 감염증 ການຕິດເຊື້ອໄວຣັສแปปิโลมาในมะนุด	ยาวักซีนป้องกัน HPV	2														HPV 1~2차 (HPV รอบที่ 1 ແລະ รอบที่ 2)	
인플루엔자 ไอ้หวัดใหย่	ยาวักซีป้องกัน IIV	–						IIV 매년 접종 (ການສັກຢາວັກຊີນ IIV ປະຈຳປີ)									

- โถงการสักยาป้องกันพะยาดแห่งชาด: โถงการช่วยเหลือเลื่องถ่าใช้จ่ายในการสักวักซีนยู่สูนสาทาละนะสุภ ແລະ ສะถาบันทางการแพดที่ให้บํลิการ โดยที่พาภลัดเป็นผู้กำบํดวักซีน เซึ่งเป็นวักซีนที่ช่วยเหลือโดยพาภลัด ແລະ ลัดถะบานท้องถิ่น.
- วักซีนป้องกัน DTap, IPV ແລະ Hib ແມ່ນສາມາດໃຊ້ຮ່ວມກັບວັກຊີນ DTaP-IPV (ถํติบ, บาดทะยัก, ไอไก่, โปลิโอ) ຫຼື DTap-IPV/Hib (ถํติบ, บาดทะยัก, ไอไก่, โปลิโอ, Haemophilus influenzae ຊะนิด b) ຫຼື DTap-IPV-Hib-HepB (ถํติบ, บาดทะยัก, ไอไก่, โปลิโอ, Haemophilus influenzae ຊะนิด b, ตับอักเสบ B) ตามตาตะลางสักวักซีน.

국가예방접종사업 안내

Руководство по Национальной программе вакцинации

Вакцинация – это безопасный и эффективный способ защитить население от инфекционных заболеваний, подлежащих обязательной вакцинации. Государство полностью покрывает расходы на вакцинацию, чтобы граждане могли бесплатно получить прививку в ближайшем уполномоченном медицинском учреждении, участвующем в программе.

Вакцины и стандартный график вакцинации по национальной программе

Уполномоченные медицинские учреждения для проведения бесплатной вакцинации

- Информацию об учреждениях можно найти на сайте Помощника по прививкам (https://nip.kdca.go.kr).
  * Перед посещением уполномоченного медучреждения уточните, какие вакцины доступны.
  * Информация об уполномоченных медучреждениях предоставляется только на корейском языке.

- Если по неизбежным причинам регистрация рождения ребенка была задержана более чем на месяц, вы можете получить «временный регистрационный номер» в местном центре общественного здравоохранения, чтобы пройти вакцинацию бесплатно.

- Записи о вакцинации ребенка, зарегистрированные в системе медучреждением, можно проверить на сайте Помощника по прививкам. Если вы не завершили вакцинацию, посетите ближайший центр общественного здравоохранения или уполномоченное медицинское учреждение, чтобы пройти бесплатную прививку. Если вакцинация была завершена, но данные о ней отсутствуют в системе, обратитесь в учреждение, где проводилась вакцинация, и запросите регистрацию данных в системе (поддержка предоставляется только на корейском языке).

- П ри наличии консультации вы можете зайти на сайт НУРИЧИБ или использовать приложение программы, либо позвонить по телефону в офис.

НУРИЧИБ: https://nip.kdca.go.kr | Тел: 043-719-8398~8399 | Горячая линия ДАНУРИ: 1577-1366

Инструкция по порядку вакцинации
(для опекуна в мультикультурной семье)

1. Прочтите «Таблицу для предварительного осмотра перед прививкой» на вашем родном языке и заполните ее на корейском языке.

<Инструкции по заполнению Таблицы для предварительного осмотра перед прививкой>

① Укажите имя вашего ребенка на корейском или английском языке.

② Укажите регистрационный номер резидента (регистрационный номер иностранца) вашего ребенка.
Если у вашего ребенка нет регистрационного номера резидента (регистрационного номера иностранца), укажите «временный административный номер», выданный центром общественного здравоохранения для проведения прививки.

③ Если фактическая дата рождения не соответствует указанной в регистрации резидента дате рождения, то необходимо принести документ, подтверждающий фактическую дату рождения (свидетельство о рождении и т.п.), в районный медицинский центр здравоохранения и попросить изменить дату рождения.
※ График вакцинации вашего ребенка будет определен на основании фактической даты его рождения. Если фактическая дата рождения не соответствует указанной в регистрации резидента дате рождения, то необходимо принести документ, подтверждающий фактическую дату рождения (свидетельство о рождении и т.п.), в районный медицинский центр здравоохранения и попросить изменить дату рождения

④ Если ваш ребенок сегодня заболел, укажите следующие симптомы:

1. Температура	2. Кашель	3. Боль в горле	4. Диарея	5. Боль в животе
6. Рвота	7. Головная боль	8. Слабость	9. Другое	

■ При заполнении Таблицы для предварительного осмотра перед прививкой помните о следующем!
- Обязательно отметьте пункт «Согласие на раскрытие номера мобильного телефона и получение текстовых сообщений».
- Укажите язык, на котором вы хотите получать информацию.
- Вам будет предоставлена информация о «названии и дате следующей прививки» на выбранном языке.
- При выборе языка зарегистрируйте номер мобильного телефона другого лица, ухаживающего за вашим ребенком, чтобы получать информацию о «дате следующей прививки» также на указанный номер мобильного телефона данного лица.

2. Ожидайте перед кабинетом осмотра, пока вашего ребенка не вызовут.
3. (Перед проведением прививки) Проверьте историю прививок вашего ребенка, чтобы убедиться, что он не получал аналогичных прививок в прошлом.
※ IВрач, проводящий осмотр, может посмотреть историю предыдущих прививок вашего ребенка в компьютерной системе.
※ Если у вас есть свидетельство о вакцинации или детская книжечка для прививок ребенка, в которой указана история прививок вашего ребенка, пожалуйста, покажите его врачу, проводящему осмотр.
4. (Перед проведением прививки) Внимательно слушайте объяснения врача, проводящего осмотр, о вакцине и возможных побочных реакциях
※ Если вы плохо понимаете корейский язык, попросите врача распечатать копию «Информационного бюллетня о вакцине (VIS)» на вашем родном языке и внимательно прочитайте раздел «Меры предосторожности и побочные реакции после вакцинации».
5. (Во время прививки) Если ваш ребенок еще маленький, посадите его на колени и обхватите за туловище, чтобы помочь врачу безопасно ввести вакцину.
6. (Во время прививки) Перед прививкой вашего ребенка убедитесь, что вы проинформированы о мерах предосторожности до и после вакцинации.
7. (После прививки) Проконсультируйтесь с врачом, проводящим осмотр, для определения даты следующей прививки вашего ребенка.
8. (После прививки) Оставайтесь в больнице в течение 20-30 минут и понаблюдайте за своим ребенком на предмет возникновения каких-либо побочных реакций
9. (Дома) Внимательно наблюдайте за своим ребенком в течение не менее 3х часов, чтобы выявить симптомы. Если у вашего ребенка поднялась высокая температура или появились необычные физические симптомы, немедленно обратитесь к врачу.

※ Если вам требуются услуги устного перевода во время процедуры, свяжитесь с колл-центром Danuri (1577-1366).

Анкета о вакцинации

В целях безопасной вакцинации, ознакомьтесь нижеуказанными вопросами и заполните анкету.

Ф.И.О		Регистрационный номер гражданина	-	(☐муж ☐жен)	
Дата рождения		Регистрационный номер иностранного гражданина	-	(☐муж ☐жен)	
Телефон	(дом.)	(сот.)		Вес	кг

Согласие на обработку персональных данных для вакцинации	Ответ пациента ☑
В соответствии со статьей 32 Закона «О профилактике и контроле инфекционных заболеваний» и статьей 32-3 Постановления о введении в действие этого Закона, мы собираем регистрационные номера граждан и другую персональную и конфиденциальную информацию. ① Цель сбора и использования: предоставление текстовых уведомлений и уведомлений через мобильное приложение о следующих вакцинациях, завершении вакцинации, а также о возможных побочных реакциях после прививки. ② Данные для сбора и использования: персональная информация (включая конфиденциальные данные и регистрационный номер гражданина), номера телефонов (домашнего/мобильного). ③ Срок хранения и использования: 5 лет	
В соответствии со статьей 26-2 Закона «О профилактике и контроле инфекционных заболеваний» я соглашаюсь на предварительную проверку истории вакцинации пациента через Интегрированную систему управления вакцинацией перед проведением прививки. * Если вы не согласны на предварительную проверку истории вакцинации, медицинский работник вправе запросить ее в письменной форме, а пациент, при отсутствии уважительных причин, обязан ее предоставить.	☐ Да ☐ Нет
Я даю согласие на получение информации о следующих прививках и их завершении через текстовые сообщения и мобильное приложение. * Если вы не даете согласие, информация по выбранным пунктам не будет отправляться.	☐ Да ☐ Нет
Я даю согласие на получение уведомлений о возможных побочных реакциях после вакцинации через текстовые сообщения и мобильное приложение. * Если вы не даете согласие, информация по выбранным пунктам не будет отправляться.	☐ Да ☐ Нет

Предварительная информация о вакцинируемом	Ответ пациента ☑
1. Делали ли вы какие-либо прививки в течение последнего месяца? Если да, укажите название вакцины. ( )	☐ Да ☐ Нет
2. Были ли у вас побочные реакции после вакцинации в прошлом, которые потребовали лечения? Если да, укажите реакцию и название вакцины. ( )	☐ Да ☐ Нет
3. Беспокоит ли вас какое-либо заболевание в настоящий момент? Если да, опишите симптомы. ( )	☐ Да ☐ Нет
4. (Для женщин) Беременны ли вы в настоящий момент или планируете ли беременность в течение следующего месяца?	☐ Да ☐ Нет
5. Были ли у вас аллергические реакции (например, сыпь, анафилаксия: шок, затруднение дыхания, потеря сознания, отёк губ/ротовой полости и т. д.) на лекарства, продукты питания (например, яйца) или вакцины?	☐ Да ☐ Нет
6. Есть ли у вас рак, лейкемия или заболевания иммунной системы? Если да, укажите название заболевания. ( )	☐ Да ☐ Нет
7. Получали ли вы стероиды, химиотерапию или радиотерапию в течение последних 3 месяцев?	☐ Да ☐ Нет
8. Получали ли вы переливание крови или инъекции иммуноглобулина в течение последнего года?	☐ Да ☐ Нет
9. (COVID-19) Страдаете ли вы нарушениями свёртываемости крови или принимаете антикоагулянты? Если да, укажите название заболевания или тип лекарственного препарата. ( )	☐ Да ☐ Нет
10. Были ли у вас судороги или другие заболевания нервной системы (например, синдром Гийена-Барре)?	☐ Да ☐ Нет
11. Проходили ли вы обследование или лечение в связи с врождёнными аномалиями, астмой или заболеваниями лёгких, сердца, почек, печени, диабетом, эндокринными или кровеносными заболеваниями (за исключением нарушений свёртываемости крови)? Если да, укажите название заболевания. ( )	☐ Да ☐ Нет
После получения разъяснений от врача и информации о возможных побочных реакциях я даю согласие на вакцинацию. Имя пациента (законного представителя, опекуна): (подпись) Отношение к пациенту: * Если вакцинируемый пациент – новорождённый, не прошедший регистрацию, укажите регистрационный номер законного представителя: (-) _____(ГГГГ.ММ.ДД)	

Результаты предварительного скрининга (заполняется терапевтом)		Отметьте! ☑
Температура тела: ℃	Мною разъяснено о возможных рисках и побочных действиях от вакцинации	☐
Мною разъяснено, что вакцинируемый должен находиться в медицинском учреждении в течение 20-30 минут для наблюдения.		☐
Результаты истории болезни:		
На основании истории болезни и физического осмотра пациента вакцинация может быть проведена. Ф.И.О терапевта: (Подпись)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
Проверьте историю прививок вашего ребенка.

Какие преимущества дает электронная регистрация истории прививок моего ребенка?

1. Электронная регистрация помогает предотвратить ошибки при вакцинации, а также сократить количество ненужных дополнительных прививок и расходы.

2. История прививок вашего ребенка будет доступна на вебсайте «Помощник по прививкам».

   ㅇ Зарегистрируйтесь на вебсайте «Помощник по прививкам» (https://nip.kdca.go.kr) и зарегистрируйте своего ребенка для проверки истории прививок.
   - (Как зарегистрировать ребенка) Войдите на сайт «Помощник по прививкам» → [Учет прививок] → [Учет прививок ребенка] → [Регистрация данных ребенка]
   - (Как проверить историю прививок вашего ребенка) Войдите на сайт «Помощник по прививкам» → [учет прививок] - [учет прививок ребенка] - [перечень сделанных прививок].

> ※ Если вы не видите историю прививок вашего ребенка на сайте «Помощник по прививкам», обратитесь в медицинское учреждение, проводящее вакцинацию, с просьбой зарегистрировать историю прививок в электронном виде.
> ※ Записная книжка вакцинации предназначена для помощи лицам, осуществляющим уход за ребенком, в ведении его истории прививок и не заменяет свидетельство о вакцинации.

3. 'Свидетельство о вакцинации вы можете получить бесплатно онлайн (на корейском или английском языке).

   ㅇ Войдите на веб-сайт «Помощник по прививкам» → [Учет прививок] → [Электронные услуги] → [Свидетельство о вакцинации]

4. Подпишитесь на SMS-напоминания о дате следующей прививки ребенка.

   ㅇ Зарегистрируйте номер своего мобильного телефона (родителя, опекуна или законного представителя) в медицинском учреждении, проводящем вакцинацию, чтобы получать текстовые напоминания о дате следующей прививки ребенка в рамках обязательной вакцинации.

   ㅇ Если вы хотите получать эту информацию на своем родном языке, сделайте запрос в медицинское учреждение, проводящее вакцинацию. Вы будете получать текстовые уведомления как на корейском, так и на своем родном языке

   - При выборе языка зарегистрируйте номер мобильного телефона другого лица, ухаживающего за ребенком, чтобы получать информацию о «дате следующей вакцинации» и на этот номер.

   * доступные языки(12): непальский, лаосский, русский, монгольский, вьетнамский, английский, узбекский, японский, китайский, кхмерский, тагальский

Получите свидетельство о вакцинации, если вы возвращаетесь в Корею после проживания за границей.

Если ваш ребенок проходил вакцинацию в другой стране, получите свидетельство о вакцинации на английском языке или документ с официальной подписью или печатью медицинского учреждения, проводящего вакцинацию до возвращения в Корею. Обратитесь в ближайший центр общественного здравоохранения для регистрации документа (документов) в электронном виде.

> В целях защиты здоровья учащихся и детей, а также предотвращения распространения инфекционных заболеваний Республика Корея требует от детей, поступающих в детский сад, начальную или среднюю школу, предъявлять свидетельство о вакцинации, чтобы удостовериться*, что все учащиеся прошли обязательную вакцинацию.
> Учащиеся, имеющие заполненную карту прививок на сайте «Помощник по прививкам», свидетельство о вакцинации для детского сада или школы не требуется.
> * Основание: ст.31 Закона «О контроле и профилактике инфекционных заболеваний», ст.10 Закона «О школьном здравоохранении», ст.31 Закона «О воспитании в детских садах».

국가예방접종

Национальная программа вакцинации

Для предотвращения инфекционных заболеваний государство полностью покрывает расходы на вакцинацию и рекомендует гражданам проходить прививки. Бесплатная вакцинация доступна в ближайших уполномоченных медицинских учреждениях и центрах общественного здравоохранения.

Рекомендуемые прививки по возрасту и времени

Возможность вакцинации может различаться в зависимости от медицинского учреждения или центра общественного здравоохранения, поэтому рекомендуется уточнять информацию перед посещением.

Новорожденный ребенок

При рождении

- Гепатит B (HepB), 1-я доза

1 месяц

- Туберкулез (BCG, БЦЖ, внутрикожная вакцина), 1 доза (в течение первых 4 недель)
- Гепатит B (HepB), 2-я доза

Младенческий и ранний детский возраст

2, 4, 6 месяцев

- Дифтерия, столбняк, коклюш (DTaP), 1–3 дозы*
- Полиомиелит (IPV), 1–3 дозы*
- Гемофильная инфекция типа B (Hib), 1–3 дозы*
- Пневмококковая инфекция (PCV), 1–3 дозы
- Ротавирусная инфекция (RV), 1–3 дозы
- Гепатит B (HepB), 3-я доза*

*Вакцины могут быть выбраны в форме 4-, 5- или 6-компонентных комбинированных вакцин.

12–15 месяцев

- Гемофильная инфекция типа B (Hib), 4-я доза
- Пневмококковая инфекция (PCV), 4-я доза
- Корь, свинка, краснуха (MMR), 1-я доза
- Ветряная оспа (VAR), 1 доза

12–23 месяца

- Гепатит A (HepA), 1–2 дозы
- Инактивированная вакцина против японского энцефалит (IJEV), 1–2 дозы
- Живая ослабленная вакцина против японского энцефалита (LJEV), 1-я доза

5–18 месяцев

- Дифтерия, столбняк, коклюш (DTaP), 4-я доза

24–35 месяцев

- Инактивированная вакцина против японского энцефалит (IJEV), 3-я доза
- Живая ослабленная вакцина против японского энцефалита (LJEV), 2-я доза

국가예방접종

Национальная программа вакцинации

Детский возраст

4–6 лет
- Дифтерия, столбняк, коклюш (DTaP), 5-я доза
- Полиомиелит (IPV), 4-я доза
- Корь, свинка, краснуха (MMR), 2-я доза

6 лет
- Инактивированная вакцина против японского энцефалит (IJEV), 4-я доза

11–12 лет
- Столбняк, дифтерия, коклюш (DTaP), 6-я доза

12 лет
- Инактивированная вакцина против японского энцефалит (IJEV), 5-я доза

Подростки и взрослые

Девочки 12–17 лет и женщины 18–26 лет из малообеспеченных слоев населения*
- Вакцина против вируса папилломы человека (HPV), 1–2 или 1–3 дозы

* Под малоимущими понимаются лица, получающие базовые социальные пособия или относящиеся к категории малообеспеченных (доход ниже 50% от среднего по стране) в соответствии с «Законом о национальной безопасности основных средств к существованию». Статус подтверждается в день вакцинации.

65 лет и старше
- Пневмококковая инфекция (PPSV), 1 доза

Группа высокого риска

Лица из группы высокого риска
- Брюшной тиф (ViCPS), 1 доза (при необходимости повторять каждые 3 года)
- Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (HFRS), 1–3 дозы
- Обезьянья оспа (Mpox), 1–2 дозы

Сезонные прививки

Грипп
- Лица 65 лет и старше, беременные женщины, дети* от 6 месяцев до 13 лет: 1 доза

* Дети младше 9 лет, получающие вакцину против гриппа впервые, должны пройти 2 дозы вакцинации.

COVID-19
- Лица 65 лет и старше, люди с ослабленным иммунитетом*, пациенты и проживающие в учреждениях с высоким риском заражения: 1 доза

* Однако для детей из группы высокого риска, не завершивших предыдущую вакцинацию, в возрасте 6 месяцев–4 лет требуется 1–3 дозы вакцины Pfizer для младенцев или 1–2 дозы вакцины Moderna, а в возрасте 5–11 лет требуется 1–2 дозы.

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국

Республика Корея заботится о здоровье вашего ребенка

표준예방접종일정표 (2025)

Стандартный график вакцинации (2025)

국가예방접종
Национальные прививки

대상 감염병 Целевое инфекционное заболевание	백신 종류 및 방법 Тип и способ вакцинации	횟수 Доза	출생시 При рождении	4주이내 В течение 4 недель	1개월 1 месяц	2개월 2 месяца	4개월 4 месяца	6개월 6 месяцев	12개월 12 месяцев	15개월 15 месяцев	18개월 18 месяцев	19~23개월 19~23 месяцев	24~35개월 24~35 месяцев	4세 4 года	6세 6 лет	11세 11 лет	12세 12 лет
B형간염 Гепатит B	HepB	3	HepB 1차 (HepB 1 - я доза)		HepB 2차 (HepB 2 - я доза)			HepB 3차 (HepB 3 - я доза)									
결핵 Туберкулез	БЦЖ (внутрикожно) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1-я доза)													
디프테리아 Дифтерия 파상풍 Столбняк 백일해 Коклюш	аАКДС	5				DTaP 1차 (аАКДС 1 - я доза)	DTaP 2차 (аАКДС 2 - я доза)	DTaP 3차 (аАКДС 3 - я доза)		DTaP 4차 (аАКДС 4 - я доза)				DTaP 5차 (аАКДС 5 - я доза)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap 6-я доза)	
폴리오 Полиомиелит	IPV	4				IPV 1차 (IPV 1 - я доза)	IPV 2차 (IPV 2 - я доза)	IPV 3차 (IPV 3 - я доза)						IPV 4차 (IPV 4 - я доза)			
B형헤모필루스인플루엔자 Гемофильная инфекция типа B	Hib	4				Hib 1차 (Hib 1 - я доза)	Hib 2차 (Hib 2 - я доза)	Hib 3차 (Hib 3 - я доза)	Hib 4차 (Hib 4 - я доза)								
폐렴구균 감염증 Пневмококковая инфекция	PCV	4				PCV 1차 (PCV 1 - я доза)	PCV 2차 (PCV 2 - я доза)	PCV 3차 (PCV 3 - я доза)	PCV 4차 (PCV 4 - я доза)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (Вакцинация только для групп высокого риска)				
로타바이러스 감염증 Ротавирусная инфекция	RV1	2				RV 1차 (RV 1 - я доза)	RV 2차 (RV 2 - я доза)										
	RV5	3				RV 1차 (RV 1 - я доза)	RV 2차 (RV 2 - я доза)	RV 3차 (RV 3 - я доза)									
홍역 Корь 유행성이하선염 Свинка 풍진 Краснуха	MMR	2							MMR 1차 (MMR 1 - я доза)					MMR 2차 (MMR 1 - я доза)			
수두 Ветряная оспа	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1- я доза)								
A형간염 Гепатит A	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA 1-я и 2-я дозы)								
일본뇌염 Японский энцефалит	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV 1-я и 2-я дозы)				IJEV 3차 (IJEV 3-я доза)		IJEV 4차 (IJEV 4-я доза)		IJEV 5차 (IJEV 5-я доза)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV 1 - я доза)				LJEV 2차 (LJEV 2 - я доза)				
사람유두종바이러스 감염증 Инфекция, вызванная вирусом папилломы человека	HPV	2														HPV 1~2차 (ВПЧ 1-я и 2 - я дозы)	
인플루엔자 Грипп	IIV	–						IIV 매년 접종 (Ежегодная прививка IIV)									

- **Национальная программа вакцинации: программа, в рамках которой государство и местные органы власти компенсируют стоимость определенных вакцин. При вакцинации в центрах общественного здравоохранения или уполномоченных медицинских учреждениях с использованием вакцин, одобренных государством, стоимость вакцинации покрывается данной программой.**
- **В зависимости от графика вакцинации могут быть использованы комбинированные вакцины DTaP, IPV, Hib: DTaP-IPV (дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит), или DTaP-IPV/Hib (дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, гемофильная инфекция типа B), или DTaP-IPV-Hib-HepB (дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, гемофильная инфекция типа B, гепатит B).**

국가예방접종사업 안내

ХАЛДВАРТ ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ВАКЦИНЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ХӨТӨЛБӨР

Урьдчилан сэргийлэх тарилга нь хүн амыг халдварт өвчнөөс хамгаалах найдвартай, үр дүнтэй арга бөгөөд эрүүл мэндийн байгууллагад хандан вакцинжуулалтад хамрагдах боломж олгох үнэ төлбөргүй үндэсний хөтөлбөрийг төрөөс хэрэгжүүлж байна.

ХАЛДВАРТ ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ВАКЦИН / ХАЛДВАРТ ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ВАКЦИНЫ ТОВЛОЛ

Үнэ төлбөргүй вакцинжуулалт хийх эрүүл мэндийн байгууллага

- Вакцинжуулалт хийх эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээллийг Нүрижиб(https://nip.kdca.go.kr) цахим хуудаснаас авна уу.
  * Хамрагдах боломжтой вакцины төрлийг вакцинжуулалт хийж байгаа эрүүл мэндийн байгууллагад хандахын өмнө шалгана уу.
  * Заавал хамрагдах вакцинжуулалт хийж байгаа эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээллийг солонгос хэл дээр хүргэнэ.

- Хүндэтгэх шалтгааны улмаас төрсөн хүүхдийн бүртгэлийг 1 сараас дээш хугацаагаар хоцроосон бол оршин суугаа газрынхаа харъяа эрүүл мэндийн төвд хандаж урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэхэд шаардлагатай ‘БҮРТГЭЛИЙН ТҮР ДУГААР’ авсны дараа үнэ төлбөргүй вакцинжуулалтад хамрагдана.

- Вакцинжуулалт хийлгэсэн эрүүл мэндийн байгууллагын цахим бүртгэлд орсон вакцинжуулалтын бүртгэлийн мэдээллийг Нүрижиб цахим хуудаснаас шалгах боломжтой. Урьдчилан сэргийлэх тарилгыг дутуу хийлгэсэн бол ойрхон эрүүл мэндийн төв, заавал хамрагдах вакцинжуулалт хийдэг эрүүл мэндийн байгууллагад хандаж төлбөргүй вакцинжуулалтад хамрагдана. Хамрагдсан урьдчилан сэргийлэх тарилгын мэдээлэл цахим бүртгэлд ороогүй бол урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн тухайн эрүүл мэндийн байгууллагад хандан цахим бүртгэл хийлгэх хүсэлт гаргана(Зөвхөн солонгос хэлээр үйлчилнэ).

- Илүү дэлгэрэнгүй мэдээллийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудас болон мобайл аппликейшн, мөн утсаар лавлана уу.

Нүрижиб : https://nip.kdca.go.kr | Утас : 043-719-8398~8399 | Данүри лавлах төв : 1577-1366

질병관리청

Vaccination for Tomorrow
건강한 내일을 여는 예방접종

Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх гарын авлага
(Хосолмол соёлт гэр бүлийн асран хамгаалагчид зориулав)

1. Таны төрөлх хэл дээрх "Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас"-ыг хараад (Солонгос хэл дээрх) Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөж өгнө үү.

<Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөхөд анхаарах зүйлс>

① Хүүхдийнхээ нэрийг солонгос эсвэл англиар бичнэ үү.

② Иргэний бүртгэлийн дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхийн дугаар)-аа бичнэ үү.
Хэрэв, иргэний бүртгэлийн дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхийн дугаар) байхгүй тохиолдолд өрхийн эмнэлгээс урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилга хийлгэхэд зориулан авсан "Бүртгэлийн түр дугаар"-аа бичнэ үү.

③ Иргэний бүртгэлийн бичиг баримт дээрх төрсөн өдөр болон жинхэнэ төрсөн өдөр өөр тохиолдолд жинхэнэ төрсөн өдрийг холбогдох хэсэгт бичнэ.
※ Тарилга хийх өдөр нь жинхэнэ төрсөн өдрөөр тогтоогдох учир жинхэнэ төрсөн өдөр нь өөр тохиолдолд жинхэнэ төрсөн өдрийг нотлох бичиг баримт(төрсний гэрчилгээ гэх мэт)-ын хамт ойролцоох өрхийн эмнэлэгт хандан өөрчлүүлнэ үү.

④ If your child is ill today, please state the symtoms as follows:

1. Халуурах	2. Ханиалгах	3. Хоолой өвдөх (хавдах)	4. Гүйлгэх	5. Гэдэс өвдөх
6. Бөөлжих	7. Толгой өвдөх	8. Ядрах	9. Бусад	

■ Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөхөд анхаарна уу!
- "Утасны дугаарыг ил гаргах, мессеж хүлээн авахыг зөвшөөрөх" хэсэгтэй санал нийлж буйг баталгаажуулна
- Мэдээллийн мессеж очих үед харилцах хэлийг сонгоно.
- Дараагийн тарилгын хугацаанаас гадна Солонгос хэлээс өөр хүссэн хэлээрээ "Дараагийн тарилгын нэр болон өдөр"-ийг мессежээр хүлээн авах боломжтой.
- Хүссэн хэлийг сонгох үед асран хамгаалагчийн утасны дугаарыг нэмж бүртгүүлбэл "Дараагийн тарилгын хугацаа"-ны мэдээллийг цуг авах боломжтой.

2. Хүүхдийн нэрийг дуудах хүртэл эмчилгээний өрөөний гадна түр хүлээнэ үү.

3. (Тарилга хийхийн өмнө) Өмнө нь ижил төрлийн тарилга хийлгэсэн эсэхийг хүүхдийн вакцинжуулалтад хамрагдсан бүртгэлийг лавлаж үзнэ.
※ Үзлэгийн эмч хүүхдийн тарилга хийлгэж байсан бүртгэлийг цахим системээр шалгах боломжтой.
※ Хүүхдийн тарилга хийснийг нотлох вакцин хийлгэсэн хуудас эсвэл урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийн дэвтэр байгаа бол үзлэгийн эмчид өгнө үү

4. (Тарилга хийхийн өмнө) Үзлэгийн эмчийн тайлбарлан хэлж байгаа тайлбар зөвлөгөө ба гаж нөлөөг сайн сонсож авна.
※ Солонгос хэл ойлгоход хэцүү бол эмчдээ төрөлх хэл дээр байгаа урьдчилан сэргийлэх тарилгын гарын авлага(VIS)-ыг хэвлэж өгөхийг хүсэн гарын авлага дээрх "Урьдчилан сэргийлэх тарилгын дараа анхаарах зүйлс ба гаж нөлөө" хэсгийг сайтар уншина.

5. (Тарилга хийх үед) Үзлэгийн эмч тариагаа аюулгүй хийж чадахаар хүүхэд уйлан эсэргүүцвэл асран хамгаалагч хүүхдээ өвөр дээрээ суулгаж нэг гараараа хүүхдийн их биеийг тэвэрнэ.

6. (Тарилга хийх үед) Урьдчилан сэргийлэх тарилгын өмнө болон дараа анхаарах ёстой зүйлсийг сайн сонсон авч, тариагаа хийлгэнэ.

7. (Тариулсны дараа) Хүүхдийн дараагийн тариулах өдрийг үзлэгийн эмчтэй зөвлөн тогтоно.

8. (Тарилгын дараа) Эмнэлэгт 20-30 минут байж гаж нөлөө гарах эсэхийг ажиглана.

9. (Гэртээ хариад) Хамгийн багадаа 3 цагаас дээш хугацаагаар маш анхааралтай ажиглаж халуурах эсвэл ердийн үед биед гарч байгаагүй шинж тэмдэг илэрвэл яаралтай эмчид үзүүлэх хэрэгтэй.

※ Вакцин тариулахтай холбоотой орчуулга хэрэг болсон тохиолдолд Данүри лавлах төв(☎ 1577-1366) руу холбогдож тусламж авч болно.

Вакцин хийлгэх бүртгэл

Аюулгүй вакцин хийлгэхийн тулд доорх асуултыг уншин , өөрийн биеэр (хуулийн бие төлөөлөгч болон асран хамгаалагч) бөглөнө үү.

Овог нэр		Иргэний үнэмлэхний дугаа	-	(□эр □эм)
Төрсөнөн сар өдөр		гадаад иргэн ий үнэмлэхний дугаар	-	(□эр □эм)
Утасны дугаар	(Гэрийн утас) (Гар утас)		Биеийн жин	kg

ВАКЦИНЖУУЛАЛТАД ХАМРАГДАХ ХҮНИЙ ХУВИЙН МЭДЭЭЛЭЛ АВАХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС	Өөрөө бөглөнө ☑
'Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тухай хууль'-ийн 32-р бүлэг, мөн хуулийн тогтоолын 32-р бүлгийн 3-т заасны дагуу иргэний бүртгэлийн дугаар зэрэг хувийн нууц мэдээллийг цуглуулж авна. ① Хувийн мэдээлэл цуглуулж авах·ашиглах зорилго: Дараагийн ээлжинд хамрагдах вакцин, вакцинд бүрэн хамрагдсан эсэх, вакцин хийлгэсний дараа үүсэх гаж нөлөөний тухай мэдээллийг мессеж, мобайл аппликейшнээр илгээнэ. ② Цуглуулж авч·ашиглах хувийн мэдээлэл: Хувийн мэдээлэл(хувийн нууц мэдээлэл, иргэний үнэмлэхний дугаар), утасны дугаар(гэр / гар утас) ③ Хадгалж, ашиглах хугацаа: 5 жил	
'Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тухай хууль'-ийн 26-р бүлгийн 2-т заасны дагуу вакцинд хамрагдах гэж байгаа хүний вакцинжуулалтад хамрагдсан байдлыг вакцинд хамрагдахаас өмнө "Вакцинжуулалтад хяналт тавих нэгдсэн систем"-ээс урьдчилан шалгахыг зөвшөөрч байна. * Вакцинжуулалтад хамрагдсан байдлыг урьдчилан шалгахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд эмнэлгийн ажилтан вакцинжуулалтад хамрагдсан байдлын тухай мэдээллийг бичгээр өгөхийг шаардаж болох бөгөөд вакцинд хамрагдагчид ямар нэгэн хүндэтгэх шалтгаан байхгүй бол энэхүү шаардлагыг хүлээж авна.	☐ Тийм ☐ Үгүй
Дараагийн ээлжинд хамрагдах вакцин, вакцинжуулалтад бүрэн хамрагдсан эсэх тухай мэдээллийг мессеж, мобайл аппликейшнээр хүлээж авахыг зөвшөөрч байна. * Мэдээлэл хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй бол холбогдох мэдээллийг хүлээж авах боломжгүй.	☐ Тийм ☐ Үгүй
Вакцин хийлгэсний дараа гаж нөлөө үүссэн эсэх, түүнтэй холбогдох мэдээллийг мессеж, мобайл аппликейшнээр хүлээж авахыг зөвшөөрч байна. * Мэдээлэл хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй бол холбогдох мэдээллийг хүлээж авах боломжгүй.	☐ Тийм ☐ Үгүй

ВАКЦИНД ХАМРАГДАХ ХҮНИЙ БИЕИЙН БАЙДЛЫН АСУУЛГА	Өөрөө бөглөнө ☑
1. Сүүлийн 1 сарын дотор вакцинд хамрагдсан уу? Тийм бол вакцины нэрийг бичнэ үү. ( )	☐ Тийм ☐ Үгүй
2. Вакцин хийлгэсний дараа үүссэн гаж нөлөөний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол үүссэн гаж нөлөө, вакцины нэрийг бичнэ үү. ( )	☐ Тийм ☐ Үгүй
3. Одоо өвдөж байгаа газар байгаа юу? Тийм бол өвчний шинж тэмдгийг бичнэ үү. ( )	☐ Тийм ☐ Үгүй
4. (Эмэгтэйчүүд) Одоо жирэмсэн эсвэл дараагийн нэг сарын дотор жирэмслэх магадлалтай юу?	☐ Тийм ☐ Үгүй
5. Эм, хоол хүнс(Жишээ нь: Өндөг), вакцины улмаас биен дээр юм туурах, харшил үүсэх шинж тэмдэг(Жишээ нь: Биен дээр юм туурах, анафилакс: Шоконд орох, амьсгал давхцах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах г.м) илэрч байсан уу?	☐ Тийм ☐ Үгүй
6. Хорт хавдар, цагаан бөөм, дархлааны тогтолцооны өвчтэй юу? Тийм бол тухайн өвчний нэрийг бичнэ үү. ( )	☐ Тийм ☐ Үгүй
7. Сүүлийн 3 сарын дотор стериод, хими, туяа эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдол бий юу?	☐ Тийм ☐ Үгүй
8. Сүүлийн 1 жилийн дотор цус сэлбүүлэх юмуу иммуноглобулин хийлгэсэн тохиолдол бий юу?	☐ Тийм ☐ Үгүй
9. (Корона 19) Цус бүлэгнэх, цус шингэрүүлэх эм ууж байсан тохиолдол бий юу? Тэгвэл өвчний нэр, эмийн нэрийг бичнэ үү. ( )	☐ Тийм ☐ Үгүй
10. Таталт өгөх юмуу тархины мэдрэлийн тогтолцооны эмгэг(Жишээ нь: Guillain-Barre Syndrome) шинж илэрч байсан уу?	☐ Тийм ☐ Үгүй
11. Төрөлхийн гажиг, астма, уушиг, зүрх, бөөр, элэгний өвчин, чихрийн шижин, дотоод шүүрлийн тогтолцоо, цусны өвчин(цус бүлэгнэх өвчнөөс бусад)-тэй гэсэн онош тогтоолгох юмуу эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол тухайн өвчний нэрийг бичнэ үү. ( )	☐ Тийм ☐ Үгүй
Эмчийн үзлэгийн хариу, гаж нөлөөний тухай тайлбар аваад вакцинд хамрагдана. Өөрийн(Хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) овог нэр: (Гарын үсэг) Вакцинд хамрагдсан хүнтэй ямар хамааралтай болох: *Вакцин хийлгэх гэж байгаа хүн төрсний бүртгэл хийлгээгүй нярай хүүхэд бол хуулийн төлөөлөгчийн иргэний бүртгэлийн дугаар(-) он сар өдөр	

Эмчийн үзлэгийн бүртгэл (Эмч бөглөх хуудас)		Тэмдэг тавина ☑
Биеийн халуун : °C	Вакцины дараах шинжийн талаар тайлбарласан.	☐
Вакцин хийлгээд 20-30 минут ажиглаж байгаад явах талаар тайлбарласан.		☐
Үзлэгийн үр дүн :		
Эмчийн үзлэгээр вакцин хийхэд боломжтой. Эмчийн нэр : (гарын үсэг)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
Хүүхдийнхээ урьдчилан сэрийлэх тарилга хийлгэсэн бүртгэлийг шалгаж байгаарай.

Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн бүртгэл цахим системд бүртгэгдвэл ямар сайн талтай вэ?

1. Урьдчилан сэргийлэх тарилгын алдаанаас урьдчилан сэргийлж, шаардлаггүй нэмэлт тарилга, зардлыг хэмнэнэ.

2. Урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижибээс шалгах боломжтой.

   ○ Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(https://nip.kdca.go.kr) бүртгүүлсний дараа хүүхдээ бүртгүүлэн урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийг шалгана.

   - **(Хүүхдээ бүртгүүлэх арга)** Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн мэдээллээ бүртгүүлэх]
   - **(Түүх лавлах арга)** Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын түүх лавлах]

> ※ Урьдчилан сэрийлэх тарилга хийсэн тэмдэглэл бүртгэгдээгүй тохиолдолд тарилга хийлгэсэн эмнэлэгтээ хандан цахим системд бүртгэл хийж өгөхийг хүснэ.
> ※ "Урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийн дэвтэр" нь асран хамгаалагч хүүхдийн тарилга хийлгэсэн байдлыг удирдахад тусалж өгдөг тул вакцин хийлгэснийг нотлох "урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас"-ыг орлодоггүй болно.

3. "Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас"-ыг онлайнаар үнэ төлбөргүй(солонгос болон англи хэлээр) авч болно.

   ○ Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилгын удирдлага] → [Цахим хүсэлтийн үйлчилгээ] → [Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас]

4. Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх өдрийг мартуулахгүйн тулд "дараагийн тарилга хийлгэх өдөр"-ийг мессэжээр мэдэгдэж өгнө.

   ○ Тарилга хийх байгууллагат холбоо барих эцэг эх(асран хамгаалагч болон хууль ёсны төлөөлөгч)-ийн гар утасны дугаарыг өгч, зайлшгүй хийлгэх вакцин тарилгын өдрийг мессэжээр мэдэгдэн өгч байна.

   ○ Хэрвээ та өөрийнхөө төрөлх хэл* дээр мэдээлэл хүлээж авахыг хүсвэл вакцинжуулалтын төвд хүсэлт гаргана уу. Солонгос болон төрөлх хэлээрээ мессеж хүлээж авах боломж нээгдэнэ.

   - Хүссэн хэлийг сонгох үед өөр асран хамгаалагчийн утасны дугаарыг нэмж оруулал "дараагийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын өдөр"-ийг хамт хүлээн авах боломжтой.

   * Олон орны хэл (12улс): Балба, Лаос, Орос, Монгол, Вьетнам, Англи, Убекистан, Япон, Хятад, Камбож, Тайланд, Филиппин

Гадаадад оршин сууж байгаад ирсэн тохиолдолд, урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудасыг авчирч ирнэ үү.

Гадаадад вакцинд хамрагдсан тохиолдолд, ирхээс өмнө "англи хэл дээрх урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас" болон "Вакцинд хамрагдсан байгууллагын тамга болон албан ёсны гарын үсэгтэй бичиг баримт"-ыг авчирч ойрхон өрхийн эмнэлэгт системийн бүргэлд оруулах хүсэлт гаргана уу.

> Манай улс нь нэг дор олноор цуглардаг сурагчдыг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах зорилгоор цэцэрлэг болон бага.дунд сургуульд элсэн ороход урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн тодорхойлолтыг шаардаж вакцинаа бүрэн хийлгэсэн эсэхийг шалгадаг.
> Гэхдээ урьдчилан сэргийлэх тарилгын бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб-ээс шалгах боломжтой тохиолдолд урьдчилан сэргийлэх тарилыг хуудсыг цэцэрлэг, сургуульд өгөх шаардлагагүй байдаг.
> * Үндэслэл : 「Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналт удирдлагын тухай хууль」 31-р зүйл, 「Сургуулийн эрүүл ахуйн тухай хууль」 10-р зүйл, 「Бага насны хүүхдийн боловсролын тухай хууль」 31-р зүйлийн 3-р хэсэг

국가예방접종

ХАЛДВАРТ ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ВАКЦИНЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ

Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор вакцинжуулалтын бүх зардлыг төрөөс хариуцан нийт хүн амыг вакцинжуулалтад хамруулдаг тул та өөрт ойрхон заавал хамрагдах вакцинжуулалт хийдэг эрүүл мэндийн байгууллага, эрүүл мэндийн төвд хандаж үнэ төлбөргүй вакцинжуулалтад хамрагдана уу.

Нас·хугацаа харгалзан хамрагдах вакцины төрөл

Заавал хамрагдах вакцинжуулалт хийдэг эрүүл мэндийн байгууллага·эрүүл мэндийн төвд хийх боломжтой вакцинжуулалт ялгаатай байдаг тул урьдчилан лавлана уу.

Нярай хүүхэд

Төрөх үед
- В гепатит(HepB) 1 дэх тун

Нярай

2·4·6 сартайд
- Сахуу·татран·хөхүүл ханиад(DTaP) 1-3 тун*
- Полиомиелийн эсрэг вакцин(IPV) 1-3 тун*
- Хэмофилийн томууны эсрэг вакцин b(Hib) 1-3 тун*
- Пневмококкийн эсрэг вакцин(PCV) 1-3 тун
- Ротавируст инфекс(RV) 1-3 тун
- В гепатит(HepB) 3 дахь тун*

*4 холимог вакцин, 5 холимог вакцин, 6 холимог вакцины аль нэгийг сонгох боломжтой.

12-15 сартайд
- Хэмофилийн томууны эсрэг вакцин b(Hib) 4 дэх тун
- Пневмококкийн эсрэг вакцин(PCV) 4 дэх тун
- Улаан бурхан·гахайн хавдар·улаануд(MMR) 1 дэх тун
- Салхин цэцэг(VAR) 1 дэх тун

1 сартайд
- Сүрьеэ(BCG, цусны найрлага) 1 тун(4 долоо хоногийн дотор)
- В гепатит(HepB) 2 дахь тун

12-23 сартайд
- А гепатит(HepA) 1-2 тун
- Япон энцефалит үхүүлсэн вакцин(IJEV) - 1-2 тун
- Япон энцефалит амьд вакцин(LJEV) - 1 дэх тун

15-18 сартайд
- Сахуу·татран·хөхүүл ханиад(DTaP) 4 дэх тун

24-35 сартайд
- Япон энцефалит үхүүлсэн вакцин (IJEV) 3 дахь тун
- Япон энцефалит амьд вакцин (LJEV) 2 дахь тун

국가예방접종

ХАЛДВАРТ ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ВАКЦИНЖУУЛАЛТЫН ҮНДЭСНИЙ ТОВЛОЛ

Бага насны хүүхэд

4 - 6 настайд

- Сахуу·татран·хөхүүл ханиад(DTaP) 5 дахьтун
- Полиомиелийн эсрэг вакцин(IPV) 4 дэх тун
- Улаан бурхан·гахайн хавдар·улаанууд(MMR) 2 дахь тун

6 настайд

- Япон энцефалит үхүүлсэн вакцин (IJEV) 4 дэх тун

11-12 настайд

- Татран·сахуу·хөхүүл ханиад (Tdap) 6 дахь тун

12 настайд

- Япон энцефалит үхжүүлсэн вакцин (IJEV) 5 дахь тун

Хүүхэд, том хүн

**12-17 насны охид, бага орлоготой өрхийн*
18-26 насны эмэгтэйчүүд**

- Хүний папиллома вирусийн эсрэг вакцин(HPV) 1-2 болон 1-3 тун

* Хүн амын амьжиргааны доод түвшинг баталгаажуулах тухай хууль」-ийн дагуу амьжиргааны доод түвшнээс доош орлоготой иргэний тэтгэмжид хамрагдагч болон бага орлоготой иргэд(Хүн амын дундаж орлогын 50%-с доош орлоготой)-ийг даржлаажуулалтад хамрагдах боломжтой эсэхийг тухайн өдөр шууд шалгах боломжтой.

65-аас дээш настайд

- Пневмококкийн эсрэг вакцин(PPSV) 1 удаа

Халдварт өвчинд өртөмтгий насныхан

Халдварт өвчинд өртөмтгий насанд хамрагдах хүн

- Балнад(ViCPS) 1 тун (Шаардлагатай гэж үзвэл 3 жил тутамд хийнэ)
- Бөөрний хамшинжит цусархаг чичрэг(HFRS) 1-3 тун
- Сармагчны цэцэг өвчний эсрэг вакцин(Mpox) 1-2 тун

Улирлын шинжтэй вакцин

Томуу

- 65-с дээш насны хүн, жирэмсэн эх, 6 сар - 13 настай хүүхдэд* 1 тун

* 9-с доош насны хүүхдийг томууны вакцинд хамруулах тохиолдолд 2 тун

Корона 19

- 65-с дээш насны хүн, дархлаа сул хүн*, халдварт өвчинд өртөмтгий насныхан үйлчлүүлдэг эмнэлэгт хэвтэж· байрлаж байгаа хүнд * 1 тун

* Жич: Халдварт өвчинд өртөмтгий хэсгийн нярай хүүхдэд хийх ёстой вакциныг цагт нь гүйцэд хийлгээгүйн улмаас 6 сараас-4 настайд нь хийлгэж байгаа бол Pfizer вакциныг 1-3 тунгаар, модерна вакциныг 1-2 тунгаар, 5-11 настайд нь хийлгэж байгаа бол 1-2 тунгаар хийнэ.

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국
Хүүхдүүд нь эрүүл Солонгос

표준예방접종일정표 (2025)
Стандарт урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуваарь (2025)

국가예방접종
Улсын урьдчилан сэргийлэх тарилга

대상 감염병 Халдварт өвчин	백신 종류 및 방법 Вакцины төрөл ба арга	횟수 Удаа	출생시 Төрөх үед	4주이내 4 долоо хоногт	1개월 1 сар	2개월 2 сар	4개월 4 сар	6개월 6 сар	12개월 12 сар	15개월 15 сар	18개월 18 сар	19~23개월 19~23 сар	24~35개월 24~35 сар	4세 4 нас	6세 6 нас	11세 11 нас	12세 12 нас
B형간염 Элэгний B вирус	HepB	3	HepB 1차 (HepB 1 дэх удаа)		HepB 2차 (HepB 2 дахь удаа)			HepB 3차 (HepB 3 дахь удаа)									
결핵 Сүрьеэ	BCG(цусны агууламж) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1 удаа)													
디프테리아 Сахуу 파상풍 Татран 백일해 Хөхүүлэг ханиад	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP 1 дэх удаа)	DTaP 2차 (DTaP 2 дахь удаа)	DTaP 3차 (DTaP 3 дахь удаа)		DTaP 4차 (DTaP 4 дахь удаа)				DTaP 5차 (DTaP 5 дахь удаа)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap 6 дахь удаа)	
폴리오 Саа өвчин	IPV	4				IPV 1차 (IPV 1 дэх удаа)	IPV 2차 (IPV 2 дахь удаа)	IPV 3차 (IPV 3 дахь удаа)						IPV 4차 (IPV 4 дахь удаа)			
B형헤모필루스인플루엔자 Хэмофилийн томуугийн төрөл b	Hib	4				Hib 1차 (Hib 1 дэх удаа)	Hib 2차 (Hib 2 дахь удаа)	Hib 3차 (Hib 3 дахь удаа)	Hib 4차 (Hib 4 дахь удаа)								
폐렴구균 감염증 Пневмококкийн халдвар	PCV	4				PCV 1차 (PCV 1 дэх удаа)	PCV 2차 (PCV 2 дахь удаа)	PCV 3차 (PCV 3 дахь удаа)	PCV 4차 (PCV 4 дахь удаа)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (Зөвхөн өндөр эрсдэлтэй бүлгийн вакцинжуулалт)				
로타바이러스 감염증 Ротавирусын халдвар	RV1	2				RV 1차 (RV 1 дэх удаа)	RV 2차 (RV 2 дахь удаа)										
	RV5	3				RV 1차 (RV 1 дэх удаа)	RV 2차 (RV 2 дахь удаа)	RV 3차 (RV 3 дахь удаа)									
홍역 Улаанбурхан 유행성이하선염 Гахайн хавдар 풍진 Улаан эсэргэнэ	MMR	2							MMR 1차 (MMR 1 дэх удаа)					MMR 2차 (MMR 2 дахь удаа)			
수두 Салхин цэцэг	VAR	1							VAR 1차 (MMR 1 дэх удаа)								
A형간염 Элэгний A вирус	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA 1-2 дахь удаа)								
일본뇌염 Японы тархины үрэвсэл	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV 1-2 дахь удаа)				IJEV 3차 (IJEV 3 дахь удаа)		IJEV 4차 (IJEV 4 дахь удаа)		IJEV 5차 (IJEV 5 дахь удаа)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV 1 дэх удаа)				LJEV 2차 (LJEV 2 дахь удаа)				
사람유두종바이러스 감염증 Хүний папилломавирусын халдвар	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 1-2 дахь удаа)	
인플루엔자 Томуу	IIV	–						IIV жил бүр вакцинд хамрагдана (IIV жил бүр вакцинд хамрагдана)									

- **ХАЛДВАРТ ӨВЧНӨӨС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ҮНДЭСНИЙ ХӨТӨЛБӨР: Төрийн болон орон нутгийн дэмжлэгтэйгээр хийгддэг вакцинжуулалт нь төрөөс тодорхойлсон заавал хамрагдах вакцинжуулалтыг хийх эрүүл мэндийн төв, байгууллагаар дамжуулан хамрагдсан тохиолдолд вакцинжуулалтын төлбөрийн дэмжлэг үзүүлдэг хөтөлбөр юм.**

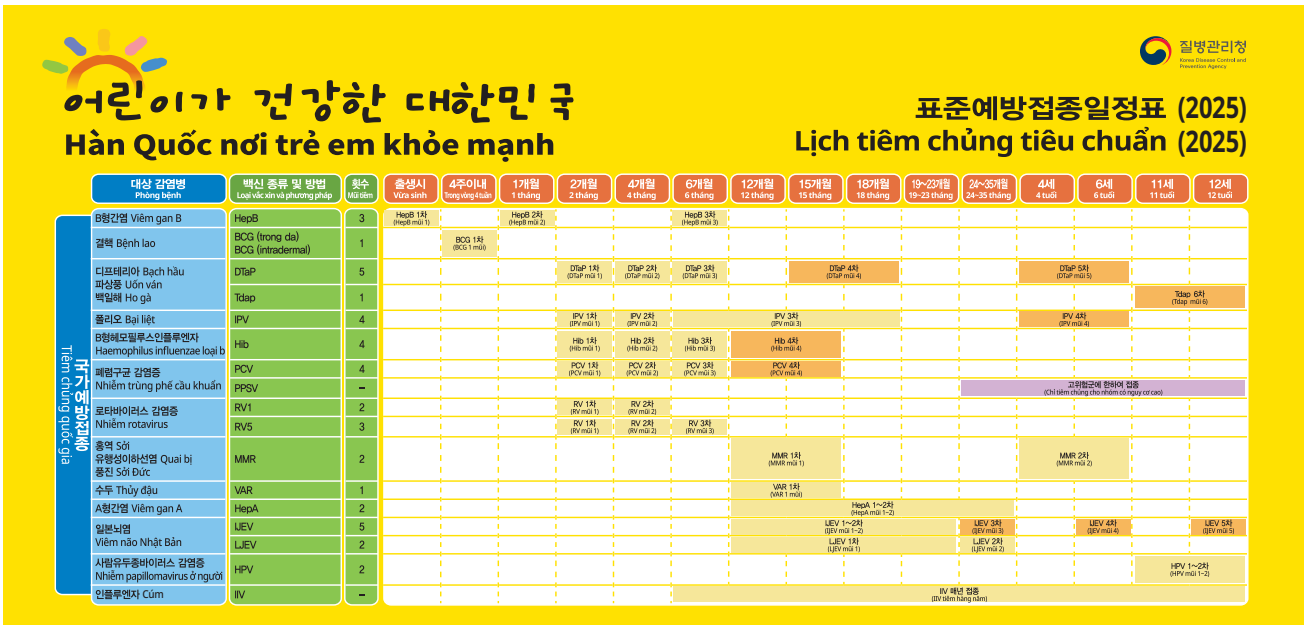
- **DTap, IPV, Hib вакциныг дархлаажуулалтын үндэсний товлолын дагуу DTaP-IPV(Сахуу·татран·хөхүүл ханиад·полиомиелийн эсрэг вакцин), DTap-IPV/Hib(Сахуу·Татран·Хөхүүл ханиад·Полиомиелийн эсрэг вакцин·Хэмофилийн томууны эсрэг вакцин b), DTap-IPV-Hib-HepB(Сахуу·Татран·Хөхүүл ханиад·Полиомиелийн эсрэг вакцин·Хэмофилийн томууны эсрэг вакцин b·B гепатит) холимог тунгаар хийлгэх боломжтой.**

국가예방접종사업 안내

Hướng dẫn về Chương trình Tiêm chủng Quốc gia

Tiêm chủng là một phương pháp an toàn và hiệu quả để bảo vệ người dân khỏi các bệnh truyền nhiễm thuộc diện tiêm chủng. Nhà nước hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng, giúp người dân có thể tiêm miễn phí tại các cơ sở y tế được chỉ định gần nhất.

≫ Danh sách vắc-xin và Lịch tiêm chủng tiêu chuẩn của Chương trình Tiêm chủng Quốc gia



≫ Cơ sở y tế được ủy thác tiêm chủng miễn phí

- Các cơ sở y tế được ủy thác có thể tra cứu trên trang web Hỗ trợ Tiêm chủng (https://nip.kdca.go.kr).
  * Trước khi đến cơ sở y tế được ủy thác, vui lòng kiểm tra loại vắc-xin có thể tiêm.
  * Thông tin về cơ sở y tế được ủy thác được cung cấp bằng tiếng Hàn.
- Nếu vì lý do bất khả kháng mà việc đăng ký khai sinh bị chậm hơn 1 tháng, bạn có thể nhận "Mã quản lý tạm thời" tại trạm y tế để được tiêm chủng miễn phí.
- Hồ sơ tiêm chủng của trẻ được đăng ký trên hệ thống tại cơ sở tiêm chủng có thể được kiểm tra trên trang web Hỗ trợ Tiêm chủng. Nếu chưa hoàn thành tiêm chủng, vui lòng đến trạm y tế gần nhất hoặc cơ sở y tế được ủy thác để tiêm miễn phí. Trong trường hợp đã tiêm nhưng hồ sơ chưa được đăng ký trên hệ thống, hãy yêu cầu cơ sở tiêm chủng bổ sung thông tin vào hệ thống (chỉ hỗ trợ bằng tiếng Hàn).
- Đối với các thắc mắc khác xin vui lòng gọi điện hoặc kiểm tra trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP hoặc trên ứng dụng điện thoại.

NIP: https://nip.kdca.go.kr | Điện thoại: 043-719-8398~8399 | Tổng đài Danuri: 1577-1366

Hướng dẫn quy trình tiêm chủng
(Cho người bảo hộ trong gia đình đa văn hóa)

1. Vui lòng tham khảo 'Phiếu khám sàng lọc' bằng tiếng mẹ đẻ và điền vào Phiếu khám sàng lọc (bằng tiếng Hàn).

<Chú ý khi viết Phiếu khám sàng lọc>

① Viết tên trẻ bằng tiếng Hàn hoặc tiếng Anh.
② Điền số chứng minh nhân dân (số thẻ người nước ngoài).
Điền "Mã số quản lý tạm thời" do Trung tâm y tế cấp để tiêm phòng trong trường hợp trẻ chưa có số chứng minh nhân dân (số thẻ người nước ngoài).
③ Trường hợp ngày sinh thực tế khác với ngày sinh trên chứng minh nhân dân, hãy viết ngày sinh thực tế vào ô tương ứng.
※ Lịch tiêm chủng lấy tiêu chuẩn theo ngày sinh thực tế, nếu có sai khác về ngày sinh của trẻ, vui lòng mang theo giấy tờ chứng nhận (Giấy đăng ký khai sinh, v.v.) tới trung tâm y tế gần nhất để thay đổi thông tin ngày sinh theo đúng ngày sinh thực tế.
④ Nếu trẻ có các triệu chứng dưới đây, vui lòng tham khảo để ghi theo các triệu chứng sau:

1. Sốt	2. Ho	3. Đau họng (sưng)	4. Đi ngoài	5. Đau bụng
6. Nôn mửa	7. Đau đầu	8. Mệt mỏi	9. Khác	

■ Lưu ý khi điền vào 'Phiếu khám sàng lọc tiêm chủng'!
- Xác nhận 'Đồng ý hiển thị số điện thoại di động và nhận tin nhắn thông báo.'
- Cho biết ngôn ngữ mong muốn khi nhận tin nhắn.
- Bạn có thể nhận được thông báo qua tin nhắn về 'Mũi tiêm chủng tiếp theo và ngày tiêm' bằng ngôn ngữ mong muốn ngoài tiếng Hàn từ lịch tiêm chủng tiếp theo.
- Khi chọn ngôn ngữ mong muốn, bạn có thể đăng ký thêm số điện thoại di động của người giám hộ khác để nhận thông tin về 'lịch tiêm chủng tiếp theo'.

2. Vui lòng chờ trước phòng khám và đợi tới lượt gọi tên trẻ.
3. (Trước khi tiêm) Xem lại lịch sử tiêm chủng của trẻ, kiểm tra xem trẻ đã từng tiêm chủng mũi tương tự chưa.
※ Bác sĩ khám sàng lọc có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ trên hệ thống.
※ Nếu có mang theo giấy chứng nhận tiêm chủng hoặc sổ ghi chép lịch tiêm chủng của trẻ, hãy đưa cho bác sĩ khám sàng lọc xem.
4. (Trước khi tiêm) Lắng nghe kỹ bác sĩ khám sàng lọc giải thích về nội dung tư vấn và các phản ứng có hại.
※ Trường hợp gặp khó khăn trong giao tiếp bằng tiếng Hàn, hãy đề nghị bác sĩ khám trước in 'Bảng hướng dẫn tiêm chủng' bằng tiếng mẹ đẻ và đọc kỹ "Lưu ý và phản ứng lạ sau tiêm phòng".
5. (Trong khi tiêm) Để bác sĩ có thể tiêm chủng an toàn, nếu trẻ còn nhỏ, người giám hộ sẽ đặt trẻ lên đùi và dùng một tay ôm lấy phần thân trên của trẻ.
6. (Trong khi tiêm) Lắng nghe kỹ lưu ý trước và sau khi tiêm phòng.
7. (Sau khi tiêm) Thảo luận với bác sĩ để quyết định ngày tiêm chủng tiếp theo.
8. (Sau khi tiêm) Ở lại bệnh viện khoảng 20~30 phút, quan sát kỹ xem trẻ có phản ứng bất thường hay không.
9. (Sau khi về nhà) Để ý theo dõi trong ít nhất 3 tiếng xem trẻ có triệu chứng bất thường hay không, trường hợp trẻ bị sốt hoặc có những triệu chứng khác lạ phải đưa trẻ tới gặp bác sĩ để khám chữa kịp thời.

※ Trường hợp cần hỗ trợ phiên dịch khi tiêm chủng, vui lòng gọi Tổng đài Danuri (☎ 1577-1366).

BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG

Nhằm tiêm chủng an toàn, quý vị (người đại diện pháp lí, người giám hộ)
hãy đọc kỹ câu hỏi dưới đây và điền vào câu trả lời tương ứng.

Họ và tên		Số chứng minh nhân dân	-	(☐Nam ☐Nữ)	
Ngày sinh		Số đăng ký người nước ngoài	-	(☐Nam ☐Nữ)	
Số điện thoại	(Nhà riêng)	(Di động)		Thể trọng	kg

Đồng ý cung cấp thông tin cá nhân để thực hiện tiêm chủng	Xác nhận ☑
Chúng tôi thu thập các thông tin riêng tư và thông tin cá nhân như số CCCD, v.v. theo Điều 32 của "Luật Phòng ngừa và Quản lý bệnh truyền nhiễm" và Điều 32.3 của Nghị định cùng bộ luật. ① Mục đích thu thập & sử dụng: Cung cấp dịch vụ thông báo qua tin nhắn và ứng dụng di động về lịch tiêm chủng tiếp theo, tình trạng hoàn thành và phản ứng bất thường xảy ra sau khi tiêm chủng. ② Nội dung thu nhập & sử dụng: Thông tin cá nhân (thông tin riêng tư, số CCCD), số điện thoại (nhà/di động) ③ Thời gian sử dụng & lưu trữ: 5 năm	
Tôi đồng ý việc kiểm tra trước lịch sử tiêm chủng của trẻ được tiêm chủng thông qua Hệ thống Quản lý Tiêm chủng Tổng hợp trước khi tiêm chủng, theo Điều 26.2 của "Luật Phòng ngừa và Quản lý bệnh truyền nhiễm". * Nếu không đồng ý việc kiểm tra trước lịch sử tiêm chủng, nhân viên y tế có thể yêu cầu bạn cung cấp lịch sử tiêm chủng bằng văn bản và người được tiêm chủng bắt buộc phải tuân thủ yêu cầu này trừ khi có lý do đặc biệt để không đồng ý.	☐ Có ☐ Không
Tôi đồng ý nhận thông tin qua tin nhắn và ứng dụng di động về lịch tiêm chủng tiếp theo và tình trạng hoàn thành. * Nếu không đồng ý nhận thông báo, bạn sẽ không nhận được thông tin về những nội dung mà bạn đã không đồng ý.	☐ Có ☐ Không
Tôi đồng ý nhận thông báo qua tin nhắn và ứng dụng di động về các phản ứng bất thường sau khi tiêm chủng. * Nếu không đồng ý nhận thông báo, bạn sẽ không nhận được thông tin về những nội dung mà bạn đã không đồng ý.	☐ Có ☐ Không

Nội dung cần xác nhận liên quan đến trẻ được tiêm chủng	Xác nhận ☑
1. Trong vòng 1 tháng gần đây, trẻ có tiêm chủng hay không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên loại tiêm chủng. ( )	☐ Có ☐ Không
2. Trong các lần tiêm chủng trước đây, trẻ có từng bị phản ứng bất thường và phải điều trị không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên loại tiêm chủng và phản ứng bất thường đã gặp phải. ( )	☐ Có ☐ Không
3. Hôm nay, trẻ có bị đau ốm ở đâu không? Nếu có, vui lòng ghi rõ các triệu chứng đau ốm. ( )	☐ Có ☐ Không
4. (Dành cho nữ) Hiện tại, có đang mang thai hoặc có khả năng sẽ mang thai trong tháng sau không?	☐ Có ☐ Không
5. Trẻ có từng bị mẩn ngứa, dị ứng (VD: phát ban, sốc phản vệ như: sốc thuốc, khó thở, mất ý thức, sưng môi/miệng, v.v.) với thuốc, thực phẩm (như trứng, v.v.) hoặc vắc-xin tiêm chủng không?	☐ Có ☐ Không
6. Trẻ có đang bị bệnh ung thư, bệnh bạch cầu hoặc bệnh liên quan đến hệ miễn dịch không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên bệnh. ( )	☐ Có ☐ Không
7. Trong 3 tháng gần đây, trẻ có điều trị bằng thuốc Steroid, thuốc chống ung thư, xạ trị không?	☐ Có ☐ Không
8. Trong 1 năm gần đây, trẻ có được truyền máu hoặc tiêm thuốc Globulin miễn dịch không?	☐ Có ☐ Không
9. (COVID-19) Trẻ có đang bị rối loạn đông máu hoặc dùng thuốc chống đông máu không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên bệnh hoặc loại thuốc đang dùng. ( )	☐ Có ☐ Không
10. Trẻ có từng bị động kinh hoặc bị bệnh rối loạn thần kinh khác (VD: Hội chứng Guillain - Barre) không?	☐ Có ☐ Không
11. Trẻ có được chẩn đoán hoặc đã điều trị về dị tật bẩm sinh, hen suyễn hay bệnh phổi, bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan, bệnh tiểu đường hay về nội tiết, bệnh máu (ngoài rối loạn đông máu) không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên bệnh. ( )	☐ Có ☐ Không

Tôi sẽ tiêm chủng sau khi nghe giải thích về kết quả thăm khám của bác sĩ và phản ứng bất thường.
Người được tiêm chủng (Người đại diện pháp luật, Người giám hộ): (Ký tên)
Quan hệ với trẻ được tiêm chủng:
* Nếu trẻ được tiêm chủng là trẻ sơ sinh chưa đăng ký khai sinh thì ghi số CCCD của Người đại diện pháp luật (-)

Ngày tháng năm

Kết quả khám sàng lọc trước tiêm chủng (Mục bác sỹ viết)		Xác nhận ☑
Thân nhiệt : ℃	Đã giải thích về phản ứng bất thường sau tiêm chủng	☐
Đã giải thích rằng 'phải ở lại bệnh viện khoảng 20~30 phút sau khi tiêm chủng để theo dõi xem có phản ứng bất thường không'		☐
Kết quả khám :		
Kết quả khám cho thấy có thể tiêm chủng. Bác sỹ : (Ký tên)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
Hãy kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ.

■ Ưu điểm khi lịch sử tiêm chủng được lưu lại trên hệ thống là gì?

1. Tránh được những sai sót về việc tiêm chủng, nhờ đó bạn có thể giảm chi phí và các mũi tiêm thêm không cần thiết.

2. Bạn có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ ngay trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP.

   ○ Sign up at the Immunization Assistance website (https://nip.kdca.go.kr) and register your child to view his/her vaccination history
   - **(Cách đăng ký thông tin trẻ)** Đăng nhập trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Đăng ký thông tin trẻ]
   - **(Cách kiểm tra lịch sử tiêm)** Vào trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Xem lịch sử tiêm chủng]

> ※ Nếu không kiểm tra được lịch sử tiêm chủng trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP, hãy yêu cầu cơ quan đã tiêm chủng đăng lên hệ thống.
> ※ Sổ ghi chép tiêm chủng là công cụ để quản lý lịch sử tiêm chủng hiệu quả cho trẻ, không thể dùng thay thế cho Giấy chứng nhận tiêm chủng.

3. Bạn có thể đăng ký cấp Giấy chứng nhận tiêm chủng miễn phí (tiếng Hàn hoặc tiếng Anh) trên trang web.

   ○ Đăng nhập trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm phòng] → [Giấy chứng nhận tiêm chủng]

4. Dịch vụ gửi tin nhắn thông báo 'Ngày tiêm chủng tiếp theo' giúp ghi nhớ lịch tiêm chủng của trẻ.

   ○ Chỉ cần đăng ký thông tin số điện thoại của cha mẹ (người bảo hộ) cho cơ quan tiêm chủng, chúng tôi sẽ gửi tin nhắn thông báo ngày tiêm chủng tiếp theo của các mũi tiêm bắt buộc cho bạn.

   ○ Trường hợp muốn nhận tin nhắn bằng nhiều ngôn ngữ, hãy thông báo ngôn ngữ mà bạn mong muốn với cơ sở tiêm chủng. Bạn sẽ nhận được tin nhắn bằng cả tiếng Hàn và ngôn ngữ mong muốn.
   - Khi chọn ngôn ngữ mong muốn, bạn cũng có thể đăng ký số điện thoại di động của người giám hộ khác để cùng nhận thông báo về 'ngày tiêm chủng tiếp theo'.

   * Đa ngôn ngữ (12 loại): Tiếng Nepal, Tiếng Lào, Tiếng Nga, Tiếng Mông Cổ, Tiếng Việt, Tiếng Anh, Tiếng Uzbekistan, Tiếng Nhật, Tiếng Trung, Tiếng Campuchia, Tiếng Thái, Tiếng Philippin

■ Khi đã tiêm chủng cho trẻ ở nước ngoài, hãy xin Giấy chứng nhận tiêm chủng tại quốc gia đó trước khi về nước.

Sau khi tiêm chủng ở nước ngoài, trước khi về nước, hãy đăng ký "Giấy chứng nhận tiêm chủng bằng tiếng Anh" hoặc "Hồ sơ có chữ ký/ con dấu của cơ quan tiêm chủng (Official Signature or Stamp)" và mang tới trung tâm y tế gần nhất để xin đăng ký thông tin tiêm chủng lên hệ thống.

> Ở nước ta, khi trẻ em nhập học mẫu giáo, tiểu học và trung học cơ sở, yêu cầu phải nộp Giấy chứng nhận tiêm chủng cho trường để xác nhận trẻ đã được tiêm chủng đầy đủ* nhằm phòng tránh các bệnh truyền nhiễm và bảo vệ sức khỏe cho trẻ nhỏ, học sinh trong các môi trường sinh hoạt tập thể.
> Tuy nhiên, không yêu cầu nộp Giấy chứng nhận tiêm chủng cho trường mẫu giáo hay trường học nếu có thể xác nhận thông tin tiêm chủng trên hệ thống Hỗ trợ tiêm chủng NIP.
> * Căn cứ: Điều 31, Bộ luật về phòng tránh và quản lý bệnh truyền nhiễm; Điều 10 Luật y tế trường học; Khoản 3 Điều 31, Luật chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ nhỏ.

국가예방접종

Chương trình Tiêm chủng Quốc gia

Để phòng ngừa các bệnh truyền nhiễm, Nhà nước hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng và khuyến khích người dân tham gia tiêm. Người dân có thể được tiêm miễn phí tại các cơ sở y tế được ủy thác hoặc trạm y tế gần nhất.

Các loại vắc-xin được khuyến nghị theo độ tuổi và thời điểm

Khả năng tiêm chủng có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế được ủy thác và trạm y tế, vì vậy cần kiểm tra trước khi đến.

Thời kỳ sơ sinh

Khi sinh

- Viêm gan B (HepB) mũi 1

1 tháng tuổi

- Bệnh lao (BCG, dạng tiêm trong da) 1 mũi (trong vòng 4 tuần sau sinh)
- Viêm gan B (HepB) mũi 2

Thời kỳ trẻ nhỏ

2, 4, 6 tháng tuổi

- Bạch hầu · Uốn ván · Ho gà (DTaP) mũi 1 - 3*
- Bại liệt (IPV) mũi 1 - 3*
- Hib (Haemophilus influenzae loại B) mũi 1 - 3*
- Phế cầu (PCV) mũi 1 - 3
- Rotavirus (RV) mũi 1 - 3
- Viêm gan B (HepB) mũi 3*

*Có thể lựa chọn tiêm theo dạng vắc-xin hỗn hợp 4 trong 1, 5 trong 1, hoặc 6 trong 1

12 - 15 tháng tuổi

- Hib (Haemophilus influenzae loại B) mũi 4
- Phế cầu (PCV) mũi 4
- Sởi · Quai bị · Rubella (MMR) mũi 1
- Thủy đậu (VAR) 1 mũi

12 - 23 tháng tuổi

- Viêm gan A (HepA) mũi 1 - 2
- Viêm não Nhật Bản (vắc-xin bất hoạt - IJEV) mũi 1 - 2
- Viêm não Nhật Bản (vắc-xin sống giảm độc lực - LJEV) mũi 1

15 - 18 tháng tuổi

- Bạch hầu · Uốn ván · Ho gà (DTaP) mũi 4

24 - 35 tháng tuổi

- Viêm não Nhật Bản (vắc-xin bất hoạt - IJEV) mũi 3
- Viêm não Nhật Bản (vắc-xin sống giảm độc lực - LJEV) mũi 2

국가예방접종

Chương trình Tiêm chủng Quốc gia

Thời kỳ trẻ em

4 - 6 tuổi
- Bạch hầu · Uốn ván · Ho gà (DTaP) mũi 5
- Bại liệt (IPV) mũi 4
- Sởi · Quai bị · Rubella (MMR) mũi 2

11 - 12 tuổi
- Uốn ván · Bạch hầu · Ho gà (Tdap) mũi 6

6 tuổi
- Viêm não Nhật Bản (vắc-xin bất hoạt - IJEV) mũi 4

12 tuổi
- Viêm não Nhật Bản (vắc-xin bất hoạt - IJEV) mũi 5

Thanh thiếu niên, người trưởng thành

Nữ thanh thiếu niên từ 12 - 17 tuổi và phụ nữ từ 18 - 26 tuổi thuộc nhóm thu nhập thấp*
- Nhiễm virus HPV (Human Papillomavirus): Mũi 1 - 2 hoặc 1 - 3

*Xác minh điều kiện vào ngày tiêm - những người thuộc diện nhận trợ cấp hoặc các hộ cận nghèo (thu nhập dưới 50% mức trung bình) theo Luật Bảo đảm cuộc sống cơ bản quốc dân.

Từ 65 tuổi trở lên
- Phế cầu (PPSV) 1 mũi

Nhóm nguy cơ cao

Đối tượng thuộc nhóm nguy cơ cao
- Thương hàn (ViCPS) 1 mũi (nếu cần, nhắc lại mỗi 3 năm)
- Sốt xuất huyết hội chứng thận (HFRS): mũi 1 - 3
- Bệnh đậu mùa khỉ (Mpox): mũi 1- 2

Tiêm chủng theo mùa

Cúm
- Người từ 65 tuổi trở lên, phụ nữ mang thai, trẻ em từ 6 tháng đến 13 tuổi*: 1 mũi

*Trẻ em dưới 9 tuổi được tiêm vắc-xin cúm lần đầu cần tiêm 2 mũi

COVID-19
- Người từ 65 tuổi trở lên, người suy giảm miễn dịch*, người đang điều trị hoặc cư trú tại các cơ sở dễ lây nhiễm*: 1 mũi

*Trong nhóm nguy cơ cao chưa hoàn thành các mũi tiêm trước, trẻ từ 6 tháng đến 4 tuổi: tiêm 1 - 3 mũi vắc-xin Pfizer dành cho trẻ nhỏ hoặc 1 - 2 mũi vắc-xin Moderna; trẻ từ 5 - 11 tuổi: tiêm 1- 2 mũi

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국
Hàn Quốc nơi trẻ em khỏe mạnh

표준예방접종일정표 (2025)
Lịch tiêm chủng tiêu chuẩn (2025)

국가예방접종 Tiêm chủng quốc gia

대상 감염병 Phòng bệnh	백신 종류 및 방법 Loại vắc xin và phương pháp	횟수 Mũi tiêm	출생시 Vừa sinh	4주이내 Trong vòng 4 tuần	1개월 1 tháng	2개월 2 tháng	4개월 4 tháng	6개월 6 tháng	12개월 12 tháng	15개월 15 tháng	18개월 18 tháng	19~23개월 19~23 tháng	24~35개월 24~35 tháng	4세 4 tuổi	6세 6 tuổi	11세 11 tuổi	12세 12 tuổi
B형간염 Viêm gan B	HepB	3	HepB 1차 (HepB mũi 1)		HepB 2차 (HepB mũi 2)			HepB 3차 (HepB mũi 3)									
결핵 Bệnh lao	BCG (trong da) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1 mũi)													
디프테리아 Bạch hầu 파상풍 Uốn ván 백일해 Ho gà	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP mũi 1)	DTaP 2차 (DTaP mũi 2)	DTaP 3차 (DTaP mũi 3)		DTaP 4차 (DTaP mũi 4)				DTaP 5차 (DTaP mũi 5)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap mũi 6)	
폴리오 Bại liệt	IPV	4				IPV 1차 (IPV mũi 1)	IPV 2차 (IPV mũi 2)	IPV 3차 (IPV mũi 3)						IPV 4차 (IPV mũi 4)			
B형헤모필루스인플루엔자 Haemophilus influenzae loại b	Hib	4				Hib 1차 (Hib mũi 1)	Hib 2차 (Hib mũi 2)	Hib 3차 (Hib mũi 3)	Hib 4차 (Hib mũi 4)								
폐렴구균 감염증 Nhiễm trùng phế cầu khuẩn	PCV	4				PCV 1차 (PCV mũi 1)	PCV 2차 (PCV mũi 2)	PCV 3차 (PCV mũi 3)	PCV 4차 (PCV mũi 4)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (Chỉ tiêm chủng cho nhóm có nguy cơ cao)				
로타바이러스 감염증 Nhiễm rotavirus	RV1	2				RV 1차 (RV mũi 1)	RV 2차 (RV mũi 2)										
	RV5	3				RV 1차 (RV mũi 1)	RV 2차 (RV mũi 2)	RV 3차 (RV mũi 3)									
홍역 Sởi 유행성이하선염 Quai bị 풍진 Sởi Đức	MMR	2							MMR 1차 (MMR mũi 1)					MMR 2차 (MMR mũi 2)			
수두 Thủy đậu	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1 mũi)								
A형간염 Viêm gan A	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA mũi 1~2)								
일본뇌염 Viêm não Nhật Bản	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV mũi 1~2)				IJEV 3차 (IJEV mũi 3)		IJEV 4차 (IJEV mũi 4)		IJEV 5차 (IJEV mũi 5)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV mũi 1)				LJEV 2차 (LJEV mũi 2)				
사람유두종바이러스 감염증 Nhiễm papillomavirus ở người	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV mũi 1~2)	
인플루엔자 Cúm	IIV	–						IIV 매년 접종 (IIV tiêm hàng năm)									

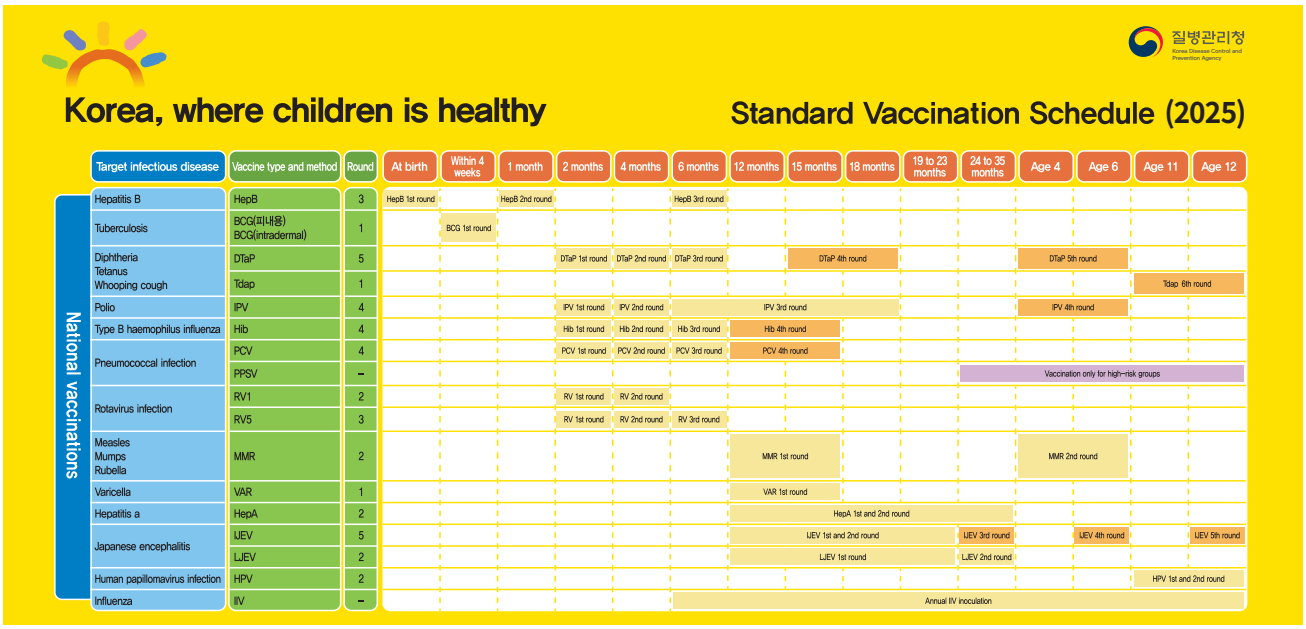
- Chương trình Tiêm chủng Quốc gia: Đây là chương trình hỗ trợ chi phí tiêm chủng do Nhà nước và chính quyền địa phương thực hiện. Khi người dân tiêm chủng bằng các loại vắc-xin được Nhà nước chỉ định tại các trạm y tế hoặc cơ sở y tế được ủy thác, chi phí tiêm chủng sẽ được hỗ trợ hoàn toàn.
- Các vắc-xin DTaP, IPV, Hib có thể được tiêm dưới dạng vắc-xin hỗn hợp theo lịch tiêm chủng như sau: DTaP-IPV (Bạch hầu · Uốn ván · Ho gà · Bại liệt), DTaP-IPV/Hib (Bạch hầu · Uốn ván · Ho gà · Bại liệt · Haemophilus influenzae type B), DTaP-IPV-Hib-HepB (Bạch hầu · Uốn ván · Ho gà · Bại liệt · Haemophilus influenzae type B · Viêm gan B)

국가예방접종사업 안내

Guide for National Vaccination Projects

Vaccination is the most effective method of protecting citizens from infectious diseases, so the nation is fully subsidizing all expenses for vaccinations at nearby contracted medical institutes.

Vaccines for National Vaccination and Standard Vaccination Schedules



Contracted Medical Institutes Offering Free Vaccination

- You can check the contracted medical institutions on the Vaccination Assistant website (https://nip.kdca.go.kr).
  * Please check the available types of vaccines before visiting the contracted medical institute.
  * Information on contracted medical institutes is provided in Korean.
- If birth registration has been delayed for more than 1 month due to unavoidable cause, free vaccination is available through the issuance of a “temporary control number” for vaccination at a public health center.
- Vaccination records that have been electronically registered at vaccination institutes can be checked on the Vaccination Assistant website. If you have not completed vaccination, please visit the nearest public health center or contracted medical institute for free vaccination. If electronic registration is missing after receiving vaccination, please request electronic registration to the relevant vaccination institute (only Korean language supported).
- If you have further questions, please check through the Internet Vaccination Assistant (NIP) website or please call us.

Homepage: https://nip.kdca.go.kr | Phone: 043-719-8398~8399 | Danuri Recall Center: 1577-1366

Guide to Vaccination Procedure
(Guardians for Multicultural Families)

1. Please read the 'Vaccination Screening Questionnaire' in your native language and fill out the '(Korean) Vaccination Screening Questionnaire.'

〈Instructions for filling out the Vaccination Screening Questionnaire〉

① Please state your child's name in Korean or English.

② Please state your child's resident registration number (alien registration number).
If your child does not have a resident registration number (alien registration number), please state the 'Temporary Management Number' issued by the public health center for immunization.

③ If your child's date of birth on the Resident Register is different from his/her actual date of birth, please state your child's actual date of birth in the box indicated.
※ Your child's immunization schedule will be determined base on his/her actual date of birth. If your child's actual date of birth is different from the date stated on the Resident Register, please update the date of birth at a nearby public health center with the necessary documentation (Birth Certificate, etc.).

④ If your child is ill today, please state the symtoms as follows:

1. Fever	2. Cough	3. Sore thoat	4. Diarrhea	5. Stomache ache
6. Vomiting	7. Headache	8. Weakness	9. Other	

■ Remember the following when filling out the 'Vaccination Screening Questionnaire'!
- Make sure to check 'Consent to disclose mobile phone number and receive text messages.'
- Please state the language you wish to receive information in.
- You will be provided information on the 'name of next vaccination and vaccination date' in the language selected.
- When choosing your language, register the mobile phone number of your child's other caregiver to receive 'next vaccination date' information at the given mobile phone number as well.

2. Please wait in front of the examination room until your child's name is called.
3. (Before vaccination) Please check your child's vaccination history to make sure they have not received the same vaccination in the past.
   ※ The screening physician may look up your child's past vaccinations through the computer system.
   ※ If you have a vaccination certificate or baby log stating your child's vaccination history, please show it to the screening physician.
4. (Before vaccination) Please listen carefully as the screening physician explains the vaccine and possible adverse reactions.
   ※ If you have difficulty understanding Korean, please ask the screening physician to print a copy of the 'Vaccine Information Sheet' in your native language. Please read the 'Post–vaccination Precautions and Adverse Reactions' carefully.
5. (During vaccination) If your child is a toddler, please sit him/her on your lap and wrap onr arm around your child's torso to help the physician administer the vaccine safely.
6. (During vaccination) Make sure you are informed of the precautions before and after vaccination before your child is vaccinated.
7. (After vaccination) Consult the screening physician to decide the next vaccination date for your child.
8. (After vaccination) Please remain at the hospital for 20 to 30 minutes and observe your child for any adverse reactions
9. (At home) Please monitor your child carefully for at least 3 hours for symptoms. If your child has a high fever or exhibits any unusual physical symptoms, seek medical attention immediately.

※ If you require interpretation services for vaccination, please contact the Danuri Call Center (1577–1366).

Immunization Screening Questionnaire

To ensure a safe vaccination, please read the following questions carefully and complete the form by selecting the appropriate response as either the **Patient, Parent, or Legal Guardian.**

Personal Information of Vaccine Recipient					
Full Name		Resident Registration Number	–	(☐ Male ☐ Female)	
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number (if applicable)	–	(☐ Male ☐ Female)	
Contact Number	(Home)	(Mobile)		Weight	kg

Consent for Collection and Use of Personal Information	Identity Verification ☑
In accordance with Article 32 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 32-3 of its Enforcement Decree, we collect personal and sensitive information, including your Resident Registration Number. The details of the collection and use are as follows: ① Purpose of Collection and Use: To provide notifications regarding upcoming vaccinations and completion status / To monitor adverse events following immunization (AEFI) through SMS and mobile applications ② Collected Information: Personal data (including sensitive information and Resident Registration Number) / Home and mobile phone numbers ③ Retention period: 5 years	
I hereby consent to the verification of my (or my child's) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS) under Article 26-2 of the Infectious Disease Control and Prevention Act. * If you do not consent, healthcare providers may request your vaccination history in writing, and you must comply unless there are special circumstances.	☐ Yes ☐ No
I agree to receive SMS and mobile app notifications regarding upcoming vaccinations and completion status. * If you do not consent, you will not receive updates on vaccination schedule updates.	☐ Yes ☐ No
I agree to receive SMS and mobile app notifications regarding the monitoring of adverse events following immunization (AEFI). for monitoring adverse events following immunization (AEFI). * If you do not consent, you will not receive notifications related to AEFI monitoring.	☐ Yes ☐ No

Pre–Immunization Screening Checklist (To be completed by the Patient, Parent, or Legal Guardian)	Identity Verification ☑
1. Have you received any vaccinations in the past month? If yes, please specify the vaccine. ( )	☐ Yes ☐ No
2. Have you ever experienced adverse reactions following a vaccination that required medical treatment? If yes, please specify the vaccine. ( )	☐ Yes ☐ No
3. Are you feeling unwell today? If yes, please describe your symptoms. ( )	☐ Yes ☐ No
4. **(For female recipients only)** Are you currently pregnant or planning to become pregnant within the next month?	☐ Yes ☐ No
5. Have you ever had an allergic reaction (such as hives, rash, anaphylactic shock, breathing difficulties, loss of consciousness, or swelling of the lips/month) to medications, food (e.g., eggs), or vaccines?	☐ Yes ☐ No
6. Have you ever been diagnosed with cancer, leukemia, or an immune system disorder? If yes, please specify. ( )	☐ Yes ☐ No
7. In the past three months, have you received steroids, chemotherapy, or radiation therapy?	☐ Yes ☐ No
8. In the past year, have you received a blood transfusion or immunoglobulin treatment?	☐ Yes ☐ No
9. **(For COVID-19 vaccination)** Do you have a blood clotting disorder or are you currently taking anticoagulants? If yes, please specify the condition or medication. ( )	☐ Yes ☐ No
10. Have you ever experienced seizures or neurological conditions (e.g., Guillain-Barré Syndrome)?	☐ Yes ☐ No
11. Have you ever been diagnosed with or treated for any congenital anomalies, asthma, lung disease, cardiovascular disease, kidney disease, liver disease, endocrine disorders (e.g., diabetes), or blood disorders (excluding blood clotting disorders)? If yes, please specify. ( )	☐ Yes ☐ No

Acknowledgement & Consent for Vaccination
I confirm that I have received an explanation regarding my (or my child's) medical examination and potential adverse events following immunization (AEFI).
I consent to the administration of the vaccination.
Patient, Parent, or Legal Guardian Name: (Signature)
Relationship to Vaccine recipient:

* National Registration Number of Legal Guardian (if your child's birth has not yet been registered): -	Date(yyyy/mm/dd):

Physician's Pre–Vaccination Screening Results (To be completed by the physician)		Check ☑
Body Temperature: ℃	The recipient has been informed of potential adverse reactions following immunization (AEFI).	☐
The recipient has been advised to remain at the medical institution for 20–30 minutes for post–vaccination observation.		☐
Results of history–taking:		☐
Based on the patient's history and physical examination, the recipient is cleared for vaccination. Physician's Name: (Signature)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
Please check your child's vaccination history.

■ What are the benefits of electronically registering my child's vaccination history?

1. **Electronic registration helps prevent vaccination errors, reducing unnecessary extra vaccinations and costs.**

2. **Your child's vaccination history will be available on the Immunization Assistance website.**
   - ㅇ Sign up at the Immunization Assistance website (https://nip.kdca.go.kr) and register your child to view his/her vaccination history
     - – **(Registering your child)** Sign in to Immunization Assistance website → [Manage vaccinations] → [Manage my child's vaccinations] → [Register your child's data]
     - – **(Viewing your child's records)** Sign in to Immunization Assistance website → [Manage vaccinations] → [Manage my child's vaccinations] → [View my child's vaccination history]

> ※ If you cannot see your child's vaccination history on the Immunization Assistance website, please request the medical institution providing vaccination to register your child's history electronically.
> ※ The 'Vaccination Log' is intended to help caregivers manage the child's vaccination history. The vaccination log cannot be submitted instead of a 'Vaccination Certificate.'

3. **'Vaccination Certificates' may be issued online for free (in Korean or English).**
   - ㅇ Sign in to Immunization Assistance website → [Manage vaccinations] → [Electronic services] → [Vaccination certificate]

4. **Sign up for text message reminders of your child's next vaccination date.**
   - ㅇ Register your mobile phone number (parent, caregiver or legal guardian) with the medical institution providing immunization to receive text message reminders of your child's next vaccination date for mandatory vaccinations.
   - ㅇ If you wish to receive this information in your native language, please contact the medical institution providing immunization. You will receive text message notices in both Korean and your native language.
     - – When choosing your language, register the mobile phone number of your child's other caregiver to receive 'next vaccination date' information at that mobile phone number as well.

   * Languages available(12): Nepalese, Lao, Russian, Mongolian, Vietnamese, English, Uzbek, Japanese, Chinese, Khmer, Tagalog

■ Please obtain a vaccination certificate if returning to Korea after residing overseas.

If your child has received vaccination in a foreign country, please receive an 'English Vaccination Certificate' or 'Document carrying the official signature or stamp of the medical institution providing vaccination' prior to returning to Korea. Please ask a public health center near you to register the document(s) electronically.

> To protect the health of students and children and prevent the spread of infectious disease, the Republic of Korea requires students entering daycare, elementary school or middle school to submit vaccination certificates to ascertain* that all students have completed mandatory vaccination.
> Students with a completed vaccination record on the Immunization Assistance website are not required to submit a 〈Vaccination Certificate〉 to their school.
> * Legal grounds: Article 31 of the Infectious Disease Control and Prevention Act, Article 10 of the School Health Act, and Article 31 of the Child Care Act

국가예방접종
National Vaccination

The government fully subsidizes vaccination expenses and encourages vaccination for the public to prevent infectious diseases. Free vaccination is available at nearby contracted medical centers and public health centers.

Types of Vaccinations Recommended by Age and Period

Available vaccinations may vary depending on the contracted medical center and public health center; confirmation is required before visiting the site.

Neonatal

After birth
- 1st hepatitis B (HepB) vaccination

1 month old
- 1 vaccination (within 4 weeks) for tuberculosis (BCG, intradermal)
- 2nd hepatitis B (HepB) vaccination

Infants and Toddlers

2·4·6 months old
- 1st–3rd diphtheria·tetanus·pertussis (DTaP) vaccinations*
- 1st–3rd poliovirus (IPV) vaccinations*
- 1st–3rd haemophilus influenzae type b (Hib) vaccinations*
- 1st–3rd pneumococcosis (PCV) vaccinations
- 1st–3rd rotavirus infection (RV) vaccinations
- 3rd hepatitis B (HepB) vaccination*

*Vaccination is available by selecting among 4-valent combination vaccine, 5-valent combination vaccine, 6-valent combination vaccine

12-15 months old
- 4th haemophilus influenzae type b (Hib) vaccination
- 4th pneumococcosis (PCV) vaccination
- 1st measles·mumps·rubella (MMR) vaccination
- 1 varicella (VAR) vaccination

12-23 months old
- 1st–2nd hepatitis A (HepA) vaccinations
- 1st–2nd inactivated Japanese encephalitis vaccine (IJEV)
- 1st live-attenuated Japanese encephalitis vaccine (LJEV)

15–18 months old
- 4th diphtheria·tetanus·pertussis (DTaP) vaccination

24-35 months old
- 3rd inactivated Japanese encephalitis vaccine (IJEV)
- 2nd live-attenuated Japanese encephalitis vaccine (LJEV)

국가예방접종
National Vaccination

Childhood

4~6 years old
- 5th diphtheria · tetanus · pertussis (DTaP) vaccination
- 4th poliovirus (IPV) vaccination
- 2nd measles·mumps·rubella (MMR) vaccination

6 years old
- 4th inactivated Japanese encephalitis vaccine (IJEV)

11~12 years old
- 6th tetanus · diphtheria · pertussis (Tdap) vaccination

12 years old
- 5th inactivated Japanese encephalitis vaccine (IJEV)

Teenagers, Adults

Female teenagers of 12–17 years old and low-income* women of 18–26 years old
- 1st–2nd or 1st–3rd human papillomavirus (HPV) vaccinations

*Confirmation of qualification on the date of vaccination for basic livelihood security recipients and lower-middle class patients (50% or lower median income) according to the 「National Basic Living Security Act」

65 years old or older
- 1 vaccination for pneumococcosis (PPSV)

High Risk Group

Cases of high risk groups
- 1 vaccination for typhoid (ViCPS) (every 3 years if required)
- 1st–3rd vaccinations for hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS)
- 1st–2nd vaccinations for Mpox

Seasonal Vaccination

Influenza
- 1 vaccination for patients 65 years or older, pregnant patients, and children 6 months–13 years old*

*2 vaccinations for children younger than 9 years old who receive influenza vaccine for the first time

COVID 19
- 1 vaccination for patients 65 years or older, immunodeficient patients*, patients hospitalized in infection-vulnerable facilities*

*However, 1–3 times of Pfizer vaccinations or 1–2 times of Moderna vaccinations are required for high-risk infants 6 months to 4 years old who have not completed vaccination, and 1–2 times of vaccinations are required for children 5 to 11 years old.

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

Korea, where children is healthy

Standard Vaccination Schedule (2025)

	Target infectious disease	Vaccine type and method	Round	At birth	Within 4 weeks	1 month	2 months	4 months	6 months	12 months	15 months	18 months	19 to 23 months	24 to 35 months	Age 4	Age 6	Age 11	Age 12
National vaccinations	Hepatitis B	HepB	3	HepB 1st round		HepB 2nd round			HepB 3rd round									
	Tuberculosis	BCG(피내용) BCG(intradermal)	1		BCG 1st round													
	Diphtheria Tetanus Whooping cough	DTaP	5				DTaP 1st round	DTaP 2nd round	DTaP 3rd round		DTaP 4th round				DTaP 5th round			
		Tdap	1														Tdap 6th round	
	Polio	IPV	4				IPV 1st round	IPV 2nd round	IPV 3rd round						IPV 4th round			
	Type B haemophilus influenza	Hib	4				Hib 1st round	Hib 2nd round	Hib 3rd round	Hib 4th round								
	Pneumococcal infection	PCV	4				PCV 1st round	PCV 2nd round	PCV 3rd round	PCV 4th round								
		PPSV	–											Vaccination only for high–risk groups				
	Rotavirus infection	RV1	2				RV 1st round	RV 2nd round										
		RV5	3				RV 1st round	RV 2nd round	RV 3rd round									
	Measles Mumps Rubella	MMR	2							MMR 1st round					MMR 2nd round			
	Varicella	VAR	1							VAR 1st round								
	Hepatitis a	HepA	2							HepA 1st and 2nd round								
	Japanese encephalitis	IJEV	5							IJEV 1st and 2nd round				IJEV 3rd round		IJEV 4th round		IJEV 5th round
		LJEV	2							LJEV 1st round				LJEV 2nd round				
	Human papillomavirus infection	HPV	2														HPV 1st and 2nd round	
	Influenza	IIV	–						Annual IIV inoculation									

- National vaccination projects: Projects supporting costs of vaccination at public health centers and contracted medical institutes with vaccines designated by the nation regarding vaccination subsidized by the nation and local government

- DTap, IPV, and Hib vaccines can be administered with combination vaccines of DTaP-IPV (diphtheria · tetanus · pertussis · polio) or DTap-IPV/Hib (diphtheria · tetanus · pertussis · polio · haemophilus influenzae type b) or DTap-IPV-Hib-HepB (diphtheria · tetanus · pertussis · polio · haemophilus influenzae type b · hepatitis B) according to the vaccination schedule.

국가예방접종사업 안내

Milliy emlash loyihalari bo‘yicha qo‘llanma

Emlash fuqarolarni yuqumli kasalliklardan himoya qilishning eng samarali usuli hisoblanadi, shuning uchun davlat yaqin atrofdagi shartnoma tuzilgan tibbiyot muassasalarida emlanish uchun barcha xarajatlarni to‘liq moliyalashtiradi.

Milliy emlash vaksinalari va standart emlash sxemalari

Shartnoma asosida ishlaydigan, bepul emlashni taklif qiladigan sog‘liqni saqlash muassasalari

- Siz shartnoma tuzilgan tibbiyot muassasalarini Emlash bo‘yicha yordamchining veb-saytida ko‘rishingiz mumkin (https://nip.kdca.go.kr).
  * Iltimos, shartnoma tuzilgan tibbiyot muassasasiga tashrif buyurishdan oldin mavjud vaksina turlarini ko‘rib chiqing.
  * Shartnoma tuzilgan tibbiyot muassasalari haqida ma‘lumot koreys tilida taqdim etiladi.
- Agar tug‘ilishni ro‘yxatdan o‘tkazish muqarrar sabablarga ko‘ra 1 oydan ko‘proq vaqtga kechiktirilgan bo‘lsa, davlat tibbiyot markazida emlash uchun “vaqtinchalik nazorat raqami” bilan bepul emlash mumkin.
- Emlash institutlarida elektron shaklda ro‘yxatdan o‘tgan emlash yozuvlarini Emlash bo‘yicha yordamchining veb-saytida tekshirish mumkin. Agar siz hali emlanmagan bo‘lsangiz, bepul emlash uchun eng yaqin sog‘liqni saqlash markaziga yoki shartnoma tuzilgan tibbiyot muassasasiga tashrif buyuring. Agar emlashdan keyin elektron ro‘yxatda qayd bo‘lmasa, iltimos, tegishli emlash institutidan elektron ro‘yxatdan o‘tkazishni so‘rang (faqat koreys tili qo‘llab-quvvatlanadi).
- Qo‘shimcha savollar bo‘lsa, Internet Vaccination Assistance (Internetda vaksinalashga oid yordam) (NIP) veb-saytini tekshiring yoki bizga murojaat qiling.

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

Emlash muolajasi bo'yicha qo'llanma
(Multi madaniyatli oila vakili uchun)

1. Iltimos, o'z ona tilingizda "Vaksinatsiya skriningi bo'yicha so'rovnoma"ni o'qing va "(Koreys tilida) Vaksinatsiya skriningi bo'yicha so'rovnomani" to'ldiring.

〈Vaksinatsiya skrining so'rovnomasini to'ldirish bo'yicha ko'rsatmalar〉

① Farzandingiz ismini koreys yoki ingliz tillaridan birida ko'rsating.

② Farzandingizning rezidentlikka olish raqamini (chet ellikni ro'yxatga olish raqamini) ko'rsating.
Agarda farzandingizda rezidentlikka olish raqami (chet ellikni ro'yxatga olish raqami) bo'lmasa, emlash uchun sog'liqni saqlash markazi tomonidan berilgan "Vaqtinchalik boshqaruv raqami"ni ko'rsating.

③ Agar farzandingizning Rezident reestridagi tug'ilgan kuni uning haqiqiy tug'ilgan kunidan farq qilsa, iltimos, ko'rsatilgan katakchaga farzandingizning haqiqiy tug'ilgan kunini ko'rsating.
※ Farzandingizning emlash grafigi uning haqiqiy tug'ilgan sanasiga qarab belgilanadi. Farzandingizning haqiqiy tug'ilgan sanasi Rezident reestrida ko'rsatilgan sanadan farq qilsa, iltimos, yaqin atrofdagi davlat sog'liqni saqlash markazida tug'ilgan sanani kerakli hujjatlar (Tug'ilganlik haqidagi guvohnoma va boshqalar) bilan yangilang.

④ Farzandingiz bugun kasal bo'lsa, quyidagi alomatlarning qay biri mavjudligini ko'rsating:

1. Isitma	2. Yo'tal	3. Tomoqdagi og'riq	4. Diareya	5. Qorindagi og'riq
6. Qusish (qayt qilish)	7. Bosh og'rig'i	8. Holsizlik	9. Boshqa	

■ "Vaksinatsiya skriningi bo'yicha so'rovnoma"ni to'ldirishda quyidagilarni yodda saqlang!
- "Mobil telefon raqamini oshkor qilish va matnli xabarlarni olishga rozilik berish" bandiga belgi qo'yganingizga ishonch hosil qiling.
- Iltimos, ma'lumotni qaysi tilda olishni istashingizni ko'rsating.
- Sizga "keyingi emlash nomi va emlash sanasi" haqida ma'lumot siz tanlangan tilda taqdim etiladi.
- Tilni tanlash paytida farzandingizning boshqa vasiysining (tarbiyachisining) mobil telefon raqamini ro'yxatdan o'tkazing va shunda "keyingi emlash sanasi" haqidagi ma'lumot ko'rsatilgan mobil telefon raqamiga ham yuboriladi.

2. Iltimos, farzandingizning ismi chaqirilguncha imtihon xonasi oldida kuting.
3. (Emlashdan oldin) Iltimos, farzandingizning emlash tarixini tekshirib ko'ring, ular o'tmishda bir xil emlashni olmaganligiga ishonch hosil qiling.
   ※ Skrining shifokori kompyuter tizimi orqali farzandingizning oldingi emlashlarini tekshirishi mumkin.
   ※ Farzandingizning emlash tarixini ko'rsatadigan emlash sertifikati yoki chaqaloq jurnali bo'lsa, uni skrining shifokoriga ko'rsating.
4. (Emlashdan oldin) Iltimos, diqqat bilan tinglang, chunki skrining shifokori vaksina va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya reaksiyalar haqida tushuntiradi.
   ※ Agar siz koreys tilini tushunishda qiynalayotgan bo'lsangiz, skrining shifokoridan "Vaksinalar haqida ma'lumot varag'i" nusxasini ona tilingizda chop etishini so'rang. Iltimos, "Vaksinatsiyadan keyingi ehtiyot choralari va salbiy reaktsiyalar" bo'limini diqqat bilan o'qing.
5. (Vaktsinatsiya paytida) Agar bolangiz hali chaqaloq bo'lsa, shifokorga vaksinani xavfsiz emlashiga yordam berish uchun uni tizzangizga o'tirg'izing va bolangiz tanasidan qo'lingiz bilan o'rab olib ushlang.
6. (Vaktsinatsiya paytida) Farzandingizni emlashdan oldin emlashgacha va emlashdan keying ehtiyot choralari haqida xabardor bo'lganizga ishonch hosil qiling.
7. (Emlashdan keyin) Farzandingiz uchun keyingi emlash sanasini aniqlash uchun skrining shifokori bilan maslahatlashing.
8. (Emlashdan keyin) Iltimos, kasalxonada 20–30 daqiqa qoling va bolangizni har qanday nojo'ya reaksiyalar mavjud yoki mavjud emasligini kuzating.
9. (Uyda) Iltimos, bolangizni har qanday alomatlar bo'yicha kamida 3 soat davomida diqqat bilan kuzatib boring. Farzandingiz yuqori isitma qilayotgan bo'lsa yoki g'ayrioddiy jismoniy alomatlarni ko'rsatsa, darhol shifokorga murojaat qiling.

※ Agar siz emlash borasida tarjimon xizmatlariga muhtoj bo'lsangiz, iltimos, Danuri Call Center (1577–1366) bilan bog'laning.

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	-	(☐Erkak ☐Ayol)
Haqiqiy tug'ilgan vaqti		Chet ellik ID kartasi raqami	-	(☐Erkak ☐Ayol)
Telefon raqami	(Uy) (Mobil telefon raqami)		Vazni	kg

Shaxsiy emlash ma'lumotlarini oshkor qilishga rozilik	Bemorning tasdig'i ☑
Biz "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi Qonunning 32-moddasi va "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi Qonunni kuchga kiritish" to'g'risidagi farmonning 32-3-moddasiga muvofiq shaxsiy ma'lumotlarni, shu jumladan xorijiy ro'yxatga olish raqami va maxfiy ma'lumotlarni to'playmiz. ① To'plash va foydalanish maqsadi: Emlashning keyingi dozasi, emlash protokoli bajarilganligi va emlashning nojo'ya ta'siri kuzatilayotganligi to'g'risida mobil ilova orqali matnli xabarlar va push xabarnomalarini yuborish. ② To'planishi va ishlatilishi kerak bo'lgan ma'lumotlar: Shaxsiy ma'lumotlar (shu jumladan maxfiy ma'lumotlar va xorijiy ro'yxatdan o'tish raqami) va telefon raqami (uy/mobil) ③ Saqlash muddati: 5 yil	
Ushbu bilan men davolovchi shifokorimga "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi Qonunning 26-2-moddasiga binoan Emlashni ro'yxatga olish axborot tizimida o'zim yoki bolam/vasiyligimdagi shaxsning emlash yozuvlaridan foydalanishga ruxsat beraman. * Agar siz rozilik bermasangiz, tibbiy xizmat ko'rsatuvchi sizning emlash tarixingizni yozma ravishda so'rashi mumkin va agar alohida muammolar yuzaga kelmasa, uni so'zsiz bajarishingiz kerak.	☐ Ha ☐ Yo'q
Men emlashning keyingi dozasi va/yoki ko'p dozali emlashlar seriyasi tugaganligi haqida mobil ilovadan matnli xabarlar yoki push-bildirishnomalarni olishga roziman. * Agar siz biron bir xabar yoki bildirishnomadan voz kechsangiz, qabul qilishga rozilik berilmagan ma'lumotlar siz tomonidan qabul qilinmaydi.	☐ Ha ☐ Yo'q
Emlashning ehtimolli nojo'ya ta'siri haqida mobil ilovadan matnli xabarlar yoki push-bildirishnomalarni olishga roziman. * Agar siz biron bir xabar yoki bildirishnomadan voz kechsangiz, qabul qilishga rozilik berilmagan ma'lumotlar siz tomonidan qabul qilinmaydi.	☐ Ha ☐ Yo'q

Immunizatsiyadan oldin skrining tadbirlarining nazorat ro'yxati	Bemorning tasdig'i ☑
1. So'nggi bir oy ichida emlanganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, emlash tarixingizni kiriting. ( )	☐ Ha ☐ Yo'q
2. Emlashdan keyin biron bir nojo'ya ta'sirlarni boshdan kechirganmisiz va tibbiy yordamga murojaat qilganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, nojo'ya hodisa va siz olgan vaksinani ko'rsating. ( )	☐ Ha ☐ Yo'q
3. Bugun o'zingizni yomon his qilyapsizmi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, alomatlaringizni tasvirlab bering. ( )	☐ Ha ☐ Yo'q
4. (Faqat ayollar uchun) Siz homiladormisiz yoki keyingi oyda homilador bo'lishingiz mumkinmi?	☐ Ha ☐ Yo'q
5. Dori-darmonlar, oziq-ovqat (masalan, tuxum) yoki emlashdan eshak yemi yoki allergiya alomatlari (masalan, toshma, anafilaktik shok, nafas qisilishi, xushdan ketish, lablar/og'iz shishishi va boshqalar) bo'lganmi?	☐ Ha ☐ Yo'q
6. Sizda saraton, leykemiya yoki immunitet tizimi kasalliklari bormi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, aniqlashtiring. ( )	☐ Ha ☐ Yo'q
7. So'nggi 3 oy ichida siz steroidlar, kimyoterapiya yoki nur terapiyasini qabul qildingizmi?	☐ Ha ☐ Yo'q
8. Sizga qon quyilganmi yoki o'tgan yili immunoglobulin olganmisiz?	☐ Ha ☐ Yo'q
9. (COVID-19 haqida) Siz qon ketishining buzilishidan aziyat chekasizmi yoki antikoagulyantlarni qabul qilasizmi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, kasallikning nomini yoki dori turini ko'rsating. ( )	☐ Ha ☐ Yo'q
10. Sizda tutqanoq yoki boshqa bosh miya asab kasalliklari (masalan, Guillain-Barre sindromi) bo'lganmi?	☐ Ha ☐ Yo'q
11. Sizga biron marta boshqa tug'ma anomaliyalar, astma, o'pka kasalliklari, yurak-qon tomir kasalliklari, buyrak disfunksiyasi, jigar yetishmovchiligi, endokrin kasalliklar (masalan, diabet) va/yoki qon kasalliklari (qon quyulishining buzilishidan tashqari) tashxisi qo'yilganmi yoki ulardan davolanganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, aniqlashtiring. ( )	☐ Ha ☐ Yo'q
Ushbu bilan men tekshiruv natijalari va emlashdan keyin yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar to'g'risida xabardor qilinganimni tasdiqlayman va ushbu bilan emlash (lar) ga rozilik beraman. Bemor yoki ota-ona/qonuniy vasiyning ismi: (Imzo) Bemorga daxdorlik: * Qonuniy vasiyning chet el ro'yxatga olish raqami (yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun tug'ilishni ro'yxatdan o'tkazishdan oldin) (yyyy) (oo) (kk)	

Shifokorning tashxis xulosasi (Shifokor tomonidan to'ldiriladi)		Tasdiqlash ☑
Tana harorati : °C	Emlashdan kuzatiladigan nojo'ya ta'sirlar haqida tushuntirdim.	☐
Nojo'ya ta'sirlarni kuzatish maqsadida emlashdan so'ng 20-30daqiqa davomida emlash muassasasida kutib turish kerakligini tushuntirdim.		☐
Shifokor so'rovnomasining natijasi :		
Yuqoridagi so'rovnoma va tashxis xulosasiga ko'ra emlash mumkin. Shifokor ism-familiyasi : (Imzo)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
Iltimos, farzandingizning emlash tarixini tekshiring.

Farzandimning emlash tarixini elektron ro'yxatdan o'tkazishning qanday afzalliklari bor?

1. **Elektron ro'yxatga olish emlash xatolarining oldini olishga yordam beradi, keraksiz qo'shimcha emlashlar va xarajatlarni kamaytiradi.**

2. **Farzandingizning emlash tarixini Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytidan (the Immunization Assistance website) bilib olishingiz mumkin.**
   - Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytida (https://nip.kdca.go.kr) ro'yxatdan o'ting va uning emlash tarixini ko'rish uchun bolangizni ro'yxatdan o'tkazing.
     - **(Farzandingizni ro'yxatdan o'tkazish)** Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytiga kiring → [Emlashlarni boshqarish] → [Farzandimning emlashlarini boshqarish] → [Farzandingiz ma'lumotlarini ro'yxatdan o'tkazish]
     - **(Farzandingizning qaydlarini ko'rish)** Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytiga kiring → [Emlashlarni boshqarish] → [Farzandimning emlashlarini boshqarish] → [Farzandimning emlash tarixini ko'rish]

> ※ Agar siz Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytida farzandingizning emlash tarixini ko'ra olmasangiz, emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasadan farzandingiz tarixini elektron shaklda ro'yxatdan o'tkazishni so'rang.
> ※ "Emlash jurnali" vasiylarga (tarbiyachilarga) bolaning emlash tarixini boshqarishda yordam berish uchun mo'ljallangan. Emlash jurnalini "Emlash sertifikati" o'rniga topshirib bo'lmaydi.

3. **"Emlash sertifikatlari" (koreys yoki ingliz tilida) onlayn tarzda bepul berilishi mumkin.**
   - Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytiga kiring → [Emlashlarni boshqarish] → [Elektron xizmatlar] → [Emlash sertifikati]

4. **Farzandingizning keyingi emlash sanasi haqidagi SMS (matnli) eslatmalariga yoziling.**
   - Majburiy emlashlar uchun farzandingizning keyingi emlash sanasi haqida SMS xabarlarini olish uchun (ota–ona, vasiy yoki qonuniy homiyning) mobil telefon raqamingizni emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasada ro'yxatdan o'tkazing.
   - Agar siz ushbu ma'lumotni ona tilingizda olishni istasangiz, emlashni amalga oshiruvchi tibbiy muassasaga murojaat qiling. Siz matnli SMS xabarlarni ham koreys tilida, ham ona tilingizda olasiz.
     - Tilni tanlashda farzandingizning boshqa vasiysining (tarbiyachisining) mobil telefon raqamini ro'yxatdan o'tkazing va shu mobil telefon raqamiga "keyingi emlash sanasi" haqidagi ma'lumotni ham oling.

   * Foydalanish mumkin bo'lgan tillar(12): Nepal, laos, rus, mo'g'il, vyetnam, ingliz, o'zbek, yapon, xitoy, kxmer, tagalog

Agar chet elda yashab Koreyaga qaytsangiz, iltimos, emlash sertifikatini oling.

Farzandingiz xorijiy davlatda emlangan bo'lsa, Koreyaga qaytishdan oldin "Inglizcha emlash sertifikati" yoki "Emlashni ta'minlovchi tibbiy muassasaning rasmiy imzosi yoki muhri bo'lgan hujjat"ni oling. Hujjat(lar)ni elektron ko'rinishda ro'yxatdan o'tkazish uchun yaqin atrofdagi sog'liqni saqlash markaziga murojaat qiling.

> Talabalar va bolalar salomatligini himoya qilish va yuqumli kasalliklar tarqalishining oldini olish uchun Koreya Respublikasi bolalar bog'chasi, boshlang'ich maktab yoki o'rta ta'lim maktabga kiradigan o'quvchilardan barcha o'quvchilar majburiy emlashdan to'liq o'tganligini aniqlash uchun emlash sertifikatlarini taqdim etishlarini talab qiladi.
> Immunizatsiyaga ko'maklashish veb–saytida to'liq emlash qaydi mavjud bo'lgan o'quvchilar o'z maktabiga 〈Emlash sertifikati〉ni taqdim etishlari shart emas.
> * Qonuniy asoslar: "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi qonunning 31–moddasi, "Maktabda sog'liqni saqlash to'g'risida"gi qonunning 10–moddasi va "Bolalarni parvarish qilish to'g'risida"gi qonunning 31–moddasi.

국가예방접종
Milliy emlash

Hukumat emlash xarajatlarini to'liq moliyalashtiradi va yuqumli kasalliklarning oldini olish uchun aholini emlashni rag'batlantiradi. Bepul emlash yaqin atrofdagi shartnoma asosidagi sog'liqni saqlash markazlarida va sog'liqni saqlash markazlarida mumkin.

Yosh va davriga qarab tavsiya etilgan emlash turlari

Mavjud emlashlar shartnoma tuzilgan tibbiyot markazi va jamoat sog'liqni saqlash markaziga qarab farq qilishi mumkin; saytga tashrif buyurishdan oldin tasdiqlash talab qilinadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq

Tug'ilgandan keyin
- Gepatit B ga qarshi 1-emlash (HepB)

1 oy
- Silga qarshi 1 ta emlash (4 hafta ichida) (BCG, teriosti)
- Gepatit B ga qarshi 2-emlash (HepB)

Chaqaloqlar va kichik yoshli bolalar

2·4·6 oy
- Difteriya, qoqshol va ko'k yo'talga qarshi 1-3-em lash (DTaP)*
- Poliovirusga qarshi 1-3-emlash (IPV)*
- B tipidagi gemofil infeksiyasi (Hib) ga qarshi 1-3-emlash*
- Pnevmokokkozga qarshi 1-3-emlash (PCV)
- Rotavirus infeksiyasiga qarshi 1-3-emlash (RV)
- Gepatit B ga qarshi 3-emlash (HepB)*

*Emlashni 4 valentli kombinatsiyalangan vaksinani, 5 valentli kombinatsiyalangan vaksinani, 6 valentli kombinatsiyalangan vaksinani tanlash orqali amalga oshirish mumkin

12-15 oy
- B tipidagi gemofil infeksiyasiga qarshi 4-emlash (Hib)
- Pnevmokokkozga qarshi 4-emlash (PCV)
- Qizamiq, tepki va qizilchaga qarshi 1-emlash (MMR)
- Suvchechakka qarshi 1-emlash (VAR)

12-23 oy
- Gepatit A ga qarshi 1-2-emlash (HepA)
- Inaktivatsiyalangan yapon ensefalitiga qarshi 1-2-emlash (IJEV)
- Yapon ensefalitiga qarshi jonli zaiflashgan 1-emlash (LJEV)

15-18 oy
- Difteriya, qoqshol va ko'k yo'talga qarshi 4-emlash (DTaP)

24-35 oy
- Inaktivatsiyalangan yapon ensefalitiga qarshi 3-emlash (IJEV)
- Yapon ensefalitiga qarshi jonli zaiflashgan 2-emlash (LJEV)

국가예방접종
Milliy emlash

Bolalik

4-6 yosh
- Difteriya, qoqshol va ko'k yo'talga qarshi 5-emlash (DTaP)
- Poliovirusga qarshi 4-emlash (IPV)
- Qizamiq, epidemik parotit va qizilchaga qarshi 2-emlash (MMR)

11-12 yosh
- Qoqshol, difteriya va ko'k yo'talga qarshi 6-emlash (Tdap)

6 yosh
- Inaktivatsiyalangan yapon ensefalitiga qarshi 4-emlash (IJEV)

12 yosh
- Inaktivatsiyalangan yapon ensefalitiga qarshi 5-emlash (IJEV)

O'smirlar, Kattalar

12-17 yoshdagi o'smir qizlar va kam ta'minlangan* 18-26 yoshdagi ayollar
- Inson papillomasi virusiga qarshi 1-2 yoki 1-3–emlash (HPV)

*"Milliy asosiy hayot vositalari to'g'risidagi qonun"ga muvofiq yashash uchun asosiy vositalarni oluvchilar va hayot darajasi o'rtachadan past (o'rtacha daromadning 50% yoki undan past) bo'lgan bemorlar uchun emlash kuni holatini tasdiqlash

65 yosh va undan katta
- Pnevmokokkozga qarshi 1 ta emlash (PPSV)

Yuqori xavf guruhi

Yuqori xavf guruhlardan holatlar
- Qorin tifiga qarshi 1 ta emlash (ViCPS) (agar kerak bo'lsa, har 3 yilda)
- Buyrak sindromi bilan gemorragik isitmaga qarshi 1-3-emlash (HFRS)
- Chechakka qarshi 1-2-emlash

Mavsumiy emlash

Gripp
- 65 va undan katta yoshdagi bemorlar, homilador bemorlar va 6 oydan 13 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun 1 ta emlash.*

*Grippga qarshi emlashni birinchi marta olgan 9 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun 2 ta emlash

COVID 19
- 65 va undan katta yoshdagi bemorlar, immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlar*, yuqumli kasalliklarga chalingan bemorlarga 1 ta emlash.*

*Shu bilan birga, 6 oydan 4 yoshgacha bo'lgan, yuqori xavf guruhiga kiruvchi, emlanmagan bolalar Pfizer bilan 1-3 marta yoki Moderna bilan 1-2 marta, 5 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolalar esa 1-2 marta emlanishlari kerak.

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국

Koreya Respublikasi farzandingiz salomatligi haqida qayg'uradi

표준예방접종일정표 (2025)

Standart emlash grafigi (2025)

	대상 감염병 Yuqumli kasallik nomi	백신 종류 및 방법 Vaksina turi va usuli	횟수 Raund	출생시 Tug'ilganda	4주이내 4 hafta ichida	1개월 1 oy	2개월 2 oy	4개월 4 oy	6개월 6 oy	12개월 12 oy	15개월 15 oy	18개월 18 oy	19~23개월 19 dan 23 gacha oylar	24~35개월 24 dan 35 gacha oylar	4세 4 yosh	6세 6 yosh	11세 11 yosh	12세 12 yosh
국가예방접종 Milliy emlashlar	B형간염 Gepatit B	HepB	3	HepB 1차 (HepB 1–chi raund)		HepB 2차 (HepB 2–chi raund)			HepB 3차 (HepB 3–chi raund)									
	결핵 Sil (tuberkulyoz)	BCG(teriosti) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1–chi raund)													
	디프테리아 Difteriya 파상풍 Qoqshol 백일해 Ko'k yo'tal	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP 1–chi raund)	DTaP 2차 (DTaP 2–chi raund)	DTaP 3차 (DTaP 3–chi raund)		DTaP 4차 (DTaP 4–chi raund)				DTaP 5차 (DTaP 5–chi raund)			
		Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap 6–chi raund)	
	폴리오 Poliomiyelit	IPV	4				IPV 1차 (IPV 1–chi raund)	IPV 2차 (IPV 2–chi raund)	IPV 3차 (IPV 3–chi raund)						IPV 4차 (IPV 4–chi raund)			
	B형헤모필루스인플루엔자 B tipidagi gemofil grippi	Hib	4				Hib 1차 (Hib 1–chi raund)	Hib 2차 (Hib 2–chi raund)	Hib 3차 (Hib 3–chi raund)	Hib 4차 (Hib 4–chi raund)								
	폐렴구균 감염증 Pnevmokokk infeksiyasi	PCV	4				PCV 1차 (PCV 1–chi raund)	PCV 2차 (PCV 2–chi raund)	PCV 3차 (PCV 3–chi raund)	PCV 4차 (PCV 4–chi raund)								
		PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (Faqat xavf yuqori bo'lgan guruhlari uchun emlash)				
	로타바이러스 감염증 Rotavirus infeksiyasi	RV1	2				RV 1차 (RV 1–chi raund)	RV 2차 (RV 2–chi raund)										
		RV5	3				RV 1차 (RV 1–chi raund)	RV 2차 (RV 2–chi raund)	RV 3차 (RV 3–chi raund)									
	홍역 Qizamiq 유행성이하선염 Parotit 풍진 Qizilcha	MMR	2							MMR 1차 (MMR 1–chi raund)					MMR 2차 (MMR 2–chi raund)			
	수두 Suvchechak	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1–chi raund)								
	A형간염 Gepatit a	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA 1–chi va 2–chi raund)								
	일본뇌염 Yapon ensefaliti	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV 1–chi va 2–chi raund)				IJEV 3차 (IJEV 3–chi raund)		IJEV 4차 (IJEV 4–chi raund)		IJEV 5차 (IJEV 5–chi raund)
		LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV 1–chi raund)				LJEV 2차 (LJEV 2–chi raund)				
	사람유두종바이러스 감염증 Inson papillomavirusi infeksiyasi	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 1 –chi va 2–chi raund)	
	인플루엔자 Gripp	IIV	–						IIV 매년 접종 (Har yili IIV emlash)									

- Milliy emlash loyihalari: Davlat va mahalliy hukumatlar tomonidan moliyalashtiriladigan emlashga nisbatan davlat tomonidan belgilangan vaksinalar bilan davlat sog'liqni saqlash markazlarida va shartnoma tuzilgan tibbiyot muassasalarida emlash xarajatlarini qoplaydigan loyihalar
- DTaP, IPV va Hib vaksinalari DTaP-IPV (difteriya-qoqshol-ko'kyo'tal-poliomiyelitga qarshi) yoki DTaP-IPV/Hib (difteriya-qoqshol-ko'kyo'tal-poliomiyelit-gemofil infeksiya B turiga qarshi) yoki DTaP-IPV-Hib-gepatit B (difteriya-qoqshol-ko'kyo'tal-poliomiyelit-gemofil infeksiya B turi- gepatit B ga qarshi) kombinatsiyalangan vaksina bilan emlash jadvaliga muvofiq qo'llanilishi mumkin.

국가예방접종사업 안내

政府予防接種事業のご案内

予防接種は、予防接種対象となる感染症から国民を守る安全かつ効果的な方法です。接種者の経済的負担を軽減し、最寄りの委託医療機関で予防接種ができるよう、政府が予防接種にかかる費用を全額支援します。

≫ 政府予防接種ワクチン及び標準予防接種日程

≫ 無料接種委託医療機関

- 委託医療機関は、「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。
  * 委託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。
  * 委託医療機関の情報は、韓国語で提供しています。
- やむを得ない理由で出生届の提出が1か月以上遅れた場合、保健所にて予防接種用の「臨時管理番号」を発行してもらえます。それを提示すると無料接種を受けることができます。
- 接種機関で電算登録を行った子どもの予防接種の記録は、「予防接種ヘルパー」公式サイトで確認できます。予防接種がお済みでない方は、最寄りの保健所または委託医療機関を訪問し、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)。
- ご不明な点などがある場合には、公式サイト「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。

サイト：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. あなたの母国語で作成された「予防接種予診票」を見て、「(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注意事項>

① 子どもの名前は韓国語または英語で作成してください。

② 住民登録番号(外国人登録番号)を作成してください。
もし、住民登録番号(外国人登録番号)がない場合、保健所で予防接種のために発行された「臨時管理番号」を作成してください。

③ 住民登録上の生年月日と実際の生年月日が異なる場合、実際の生年月日を記入します。
※ 接種日程は実際の生年月日を基準に定められますので、実際の生年月日が異なる場合、実際の生年月日を証明できる書類(出生届など)を持参し、最寄りの保健所に変更要請してください。

④ 今日、具合の悪いところがあれば、次の症状を参考にして作成してください。

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	

■ 「予防接種予診票」を作成する際にチェックしてください!
- 「携帯電話番号の表記およびSMSメッセージ受信の同意」を確認します。
- 案内メールを送信する際に希望する言語を話します。
- 次の接種日程から韓国語以外の希望する言語で「次の接種名及び接種日」をメールで案内を受けられます。
- 希望言語を選択する際、他の保護者の携帯電話番号を追加登録すれば、「次の接種日程」の案内を一緒に受けられます。

2. 子どもの名前が呼ばれるまで、診療室の前でしばらくお待ちください。

3. (接種前)過去に同じ接種を受けたか、子どもの過去の接種履歴を確認します。
※ 予診医師が子どもの過去の接種履歴を電算システムで照会することができます。
※ 子どもの予防接種記録が表示された予防接種証明書または母子手帳を持っている場合、予診医師に見せてください。

4. (接種前)予診医師が説明する相談内容と異常反応についてよく聞きます。
※ 韓国語が難しい場合、予診医師に母国語で表示された「予防接種案内文(VIS)」を出力するよう要請し、「予防接種後の注意事項及び異常反応」についてよく読みます。

5. (接種時)予診医師が安全に接種できるように、子どもが幼い場合は保護者が子どもを太ももの上に座らせ、片腕で子どもの上半身をかかえ込みます。

6. (接種時)予防接種前後の注意事項をよく聞いて、接種を受けます。

7. (接種後)子どもの次の接種日を予診医師と相談して決めます。

8. (接種後)病院に20~30分間留まり、異常反応が発生しないか観察します。

9. (帰宅後)少なくとも3時間以上注意深く症状を観察し、高熱が出たり、普段と異なる身体症状が現れたら、すぐに医師の診療を受けるようにします。

予防接種に関する通訳が必要な場合、タヌリコールセンター(1577-1366)に電話すると支援を受けることができます。

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	-	(□男 □女)	
実際の生年月日		外国人登録番号	-	(□男 □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取り扱い等に関する同意書	本人確認 ☑
「感染症の予防および管理に関する法律」第32条および同法施行令第32条の3に基づき、住民登録番号などの個人情報およびセンシティブ情報を収集しています。 ①収集・利用目的：次回の予防接種、完了の有無、予防接種後の副反応に関するSMS、モバイルアプリの通知サービスを提供 ②収集・利用項目：個人情報(センシティブ情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話) ③保有・利用期間：5年	
「感染症の予防および管理に関する法律」第26条の2に基づき、予防接種を行う前に被接種者の予防接種履歴を予防接種統合管理システムで事前確認することに同意します。 *予防接種履歴の事前確認に同意しない場合、医療者は予防接種履歴を書面で要求することができ、被接種者は特別な理由がないかぎり、これに応じなければなりません。	□はい □いいえ
次回の予防接種や完了の有無に関する情報をSMSやモバイルアプリで受け取ることに同意します。 *通知の受け取りに同意しない場合、同意しない項目の情報については、受信できません。	□はい □いいえ
予防接種後の副反応の発生有無に関する通知をSMSおよびモバイルアプリで受信することに同意します。 *通知の受け取りに同意しない場合、同意しない項目の情報については、受信できません。	□はい □いいえ

被接種者の確認事項	本人確認 ☑
1. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか？受けた場合、予防接種名を書いてください。 ( )	□はい □いいえ
2. 過去に受けた予防接種の後、異常反応が生じ、治療を受けたことがありますか？ある場合は、副反応とその予防接種名を書いてください。 ( )	□はい □いいえ
3. 今日体に具合の悪いところがありますか？ある場合は、具体的な症状を書いてください。 ( )	□はい □いいえ
4. (女性のみ)現在妊娠している、又は今後1か月以内に妊娠する可能性がありますか？	□はい □いいえ
5. 薬や食品(例：卵)、又はワクチン接種でじんましんやアレルギー症状(例：発疹、アナフィラキシー：ショック、呼吸困難、意識消失、唇・口の腫れなど)を起こしたことがありますか？	□はい □いいえ
6. がん、白血病、又は免疫系疾患がありますか？ある場合は、その病名を書いてください。 ( )	□はい □いいえ
7. 最近3か月以内にステロイド外用薬、抗がん剤、放射線治療を受けたことがありますか？	□はい □いいえ
8. 最近1年以内に輸血を受けたり、免疫グロブリンを投与されたことがありますか？	□はい □いいえ
9. (COVID-19)血液凝固障害を患っていたり、抗凝固剤を服用していますか？その場合は、病名や薬の種類を書いてください。 ( )	□はい □いいえ
10. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがあるか、又はその他の脳神経疾患(例：ギラン・バレー症候群を含む)がありますか？	□はい □いいえ
11. その他、先天奇形、喘息や肺・心臓・腎臓・肝臓の病気、糖尿病や内分泌疾患、血液疾患(血液凝固障害など)で診察や治療を受けたことがありますか？ある場合は、その病名を書いてください。 ( )	□はい □いいえ
医師の診察結果と副反応に関する説明を聞いた上で、予防接種を希望します。 本人(法定代理人、保護者)の氏名：　(署名)　被接種者との関係： *被接種者が出生届前の新生児の場合、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 ☑
体温：　℃	予防接種後、異常反応について説明した	□
「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。		□
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. 予防接種の誤りを予防し、不要な追加接種と費用を削減できます。

2. 予防接種の記録を予防接種ヘルパーの公式サイトでご確認いただけます。

◦ 予防接種ヘルパーの公式サイト(https://nip.kdca.go.kr)に会員登録後、子どもを登録して予防接種の記録を確認します。

- **(子ども登録方法)** 予防接種ヘルパー公式サイトにログイン → [予防接種管理] → [子どもの予防接種管理] → [子ども情報登録]
- **(記録確認方法)** 予防接種ヘルパー公式サイトにログイン → [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]

※ 予防接種ヘルパー公式サイトで予防接種の記録が確認できない場合、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記録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。

3. 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]

4. 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。

◦ 接種機関に連絡を受けられる保護者(保護者または法定代理人)の携帯電話番号を教えていただければ、必須予防接種の次の予防接種日をSMSメッセージでご案内いたします。

◦ 外国語*でのご案内をご希望の場合は、接種機関に希望する言語を要請してください。
韓国語と一緒にご希望の言語でのご案内をお送りいたします。

- 希望言語を選択する際、他の保護者の携帯電話番号も追加登録すれば、次の予防接種日の案内を一緒に受けることができます。

* 外国語(12ヶ国語):ネパール語、ラオス語、ロシア語、モンゴル語、ベトナム語、英語、ウスベキスタン語、日本語、中国語、カンボジア語、タイ語、フィリピン語

■ 外国に滞在した後に帰国する場合、予防接種証明書の発行を受けてください。

外国で予防接種した場合、帰国前に英文の予防接種証明書または接種機関の職印や公式サイン(Official Signature or Stamp)された書類の発行を受け、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、予防接種の記録が予防接種ヘルパーの公式サイトで確認された場合、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

국가예방접종
政府予防接種

感染症の予防のため、政府は予防接種にかかる費用を全額支援し、国民に予防接種を推奨しています。
最寄りの委託医療機関および保健所にて無料で予防接種を受けることができます。

年齢別・時期別に推奨する予防接種の種類

委託医療機関または保健所によっては各機関の都合により接種を行っていないところもありますので、
ご訪問の前に必ずお問い合わせください。

新生児期

出生時
- B型肝炎(HepB) 1回目

1か月
- 結核(BCG、皮内用)1回(生後4週以内)
- B型肝炎(HepB) 2回目

乳幼児期

2·4·6か月
- ジフテリア・破傷風・百日咳(DTaP) 1〜3回目*
- ポリオ(IPV) 1〜3回目*
- ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症(Hib) 1〜3回目*
- 肺炎球菌感染症(PCV) 1〜3回目
- ロタウイルス感染症(RV) 1〜3回目
- B型肝炎(HepB) 3回目*

*四種混合ワクチン、五種混合ワクチン、
六種混合ワクチンの中から選んで接種することができます。

12~15か月
- ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症(Hib) 4回目
- 肺炎球菌感染症(PCV) 4回目
- はしか・おたふく風邪・風疹(MMR) 1回目
- 水痘(VAR) 1回

12~23か月
- A型肝炎(HepA) 1〜2回目
- 日本脳炎(不活化)ワクチン(IJEV) 1〜2回目
- 日本脳炎(弱毒生)ワクチン(LJEV) 1回目

15~18か月
- ジフテリア·破傷風·百日咳(DTaP) 4回目

24~35か月
- 日本脳炎(不活化)ワクチン(IJEV) 3回目
- 日本脳炎(弱毒生)ワクチン(LJEV) 2回目

국가예방접종
政府予防接種

児童期

4~6歳
- ジフテリア·破傷風·百日咳(DTaP) 5回目
- ポリオ(IPV) 4回目
- はしか·おたふく風邪·風疹(MMR) 2回目

11~12歳
- ジフテリア·破傷風·百日咳(Tdap) 6回目

6歳
- 日本脳炎(不活化)ワクチン(IJEV) 4回目

12歳
- 日本脳炎(不活化)ワクチン(IJEV) 5回目

青少年・成人

12～17歳の青少年期の女性、18～26歳の低所得層*の女性
- ヒトパピローマウイルス感染症(HPV)1～2回目または1～3回目

*国民基礎生活保障法に基づき、基礎生活保障の受給者および次上位階層(中位所得の50%以下)は接種当日に資格確認を行います。

65歳以上
- 肺炎球菌感染症(PPSV) 1回

高危険群

高危険群に属する者
- 腸チフスワクチン(ViCPS)1回(必要に応じて3年ごと)
- 腎症候性出血熱(HFRS) 1～3回目
- エムポックス(Mpox) 1～2回目

季節性予防接種

インフルエンザ
- 65歳以上、妊婦、6か月～13歳の子ども* 1回

*9歳未満の子どもがインフルエンザワクチンの接種を生まれて初めて受ける場合は2回接種

新型コロナウイルス感染症
- 65歳以上、免疫低下者*、感染脆弱施設への入院·入所者* 1回

*ただし、高危険群のうち、予防接種を済ませていない6か月～4歳の乳幼児の場合は、乳幼児ファイザーワクチン(1～3回目)またはモデルナワクチン接種(1～2回目)、5～11歳の場合は1～2回目の予防接種を済ませる必要があります。

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국
子どもが健康な大韓民国

표준예방접종일정표 (2025)
標準予防接種日程表 (2025)

	대상 감염병 対象感染症	백신 종류 및 방법 ワクチンの種類及び方法	횟수 回数	출생시 出生時	4주이내 4週以内	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	4세 4歳	6세 6歳	11세 11歳	12세 12歳
국가예방접종 政府支援予防接種	B형간염 B型肝炎	HepB	3	HepB 1차 (HepB 1次)		HepB 2차 (HepB 2次)			HepB 3차 (HepB 3次)									
	결핵 結核	BCG(皮内) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1回)													
	디프테리아 ジフテリア 파상풍 破傷風 백일해 百日咳	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP 1次)	DTaP 2차 (DTaP 2次)	DTaP 3차 (DTaP 3次)		DTaP 4차 (DTaP 4次)				DTaP 5차 (DTaP 5次)			
		Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap 6th round)	
	폴리오 ポリオ	IPV	4				IPV 1차 (IPV 1次)	IPV 2차 (IPV 2次)	IPV 3차 (IPV 3次)						IPV 4차 (IPV 4次)			
	B형헤모필루스인플루엔자 ヘモフィルスインフルエンザb型菌感染症	Hib	4				Hib 1차 (Hib 1次)	Hib 2차 (Hib 2次)	Hib 3차 (Hib 3次)	Hib 4차 (Hib 4次)								
	폐렴구균 감염증 肺炎球菌感染症	PCV	4				PCV 1차 (PCV 1次)	PCV 2차 (PCV 2次)	PCV 3차 (PCV 3次)	PCV 4차 (PCV 4次)								
		PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (高危険群に限り接種)				
	로타바이러스 감염증 ロタウイルス感染症	RV1	2				RV 1차 (RV 1次)	RV 2차 (RV 2次)										
		RV5	3				RV 1차 (RV 1次)	RV 2차 (RV 2次)	RV 3차 (RV 3次)									
	홍역 はしか 유행성이하선염 おたふく風邪 풍진 風疹	MMR	2							MMR 1차 (MMR 1次)					MMR 2차 (MMR 2次)			
	수두 水痘	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1回)								
	A형간염 A型肝炎	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA 1~2次)								
	일본뇌염 日本脳炎	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV 1~2次)				IJEV 3차 (IJEV 3次)		IJEV 4차 (IJEV 4次)		IJEV 5차 (IJEV 5次)
		LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV 1次)				LJEV 2차 (LJEV 2次)				
	사람유두종바이러스 감염증 ヒトパピローマウイルス感染症	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 1~2次)	
	인플루엔자 インフルエンザ	IIV	–						IIV 매년 접종 (IIV 毎年接種)									

- 政府予防接種事業：政府及び自治体が費用を補助する予防接種に対して、政府が指定したワクチンで保健所と委託医療機関で予防接種を受ける場合、予防接種にかかる費用を支援する事業です。

- DTap、IPV、Hibワクチンは、予防接種日程に基づいて、DTaP-IPV(ジフテリア・破傷風・百日咳・ポリオ)またはDTap-IPV/Hib(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)またはDTap-IPV-Hib-HepB(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・B型肝炎)の混合ワクチンで接種を受けることができます。

국가예방접종사업 안내
国家预防接种项目指南

预防接种是保护国民远离传染病的安全有效方法，国家全额提供预防接种费用，在附近的委托医疗机构即可免费接种。

≫ 国家预防接种疫苗及标准预防接种时间

≫ 免费接种委托医疗机构

- 可以通过预防接种助手网站（https://nip.kdca.go.kr）查询委托医疗机构。
  * 前往委托医疗机构之前，请提前确认可以接种的疫苗类型。
  * 委托医疗机构的相关信息均为韩语版本。
- 因不得已事由导致出生申报延迟1个月以上时，可以通过保健所签发的用于预防接种的“临时管理号码”进行免费接种。
- 可在预防接种助手网站确认接种机构录入的子女预防接种记录。如果未完成预防接种，请前往附近的保健所或委托医疗机构完成免费接种。如果已完成预防接种但未录入相关信息，可以请求接种机构录入信息（仅提供韩语）。
- 如有其他问题，请登陆预防接种服务平台主页查询，也可拨打电话咨询。

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》

① 请以韩文或英文填写孩子的姓名。

② 请填写居民登记号码 (外国人登记号码)
如没有居民登记号码 (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”。

③ 居民登记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(出生申报等)向就近的保健所申请变更。

④ 如果今天有不舒服的地方、请参考以下症状填写。

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

■ 填写《预防接种预检表》时请注意!
- 确认“填写手机号码及同意接收短信”。
- 选择接收通知短信时使用的语言。
- 从下次接种日程开始、除了韩语以外、还可以用您选择的语言收取“下次接种名称及接种日期”的通知。
- 选择所需语言时、如果追加登记其他监护人的手机号码、可以一起收取“下次接种日程”的通知。

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。

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。

※ I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	- (☐男 ☐女)		
身份证号码		外国人登录号码	- (☐男 ☐女)		
电话号码	(家) (手机)			体 重	kg

出于预防接种目的同意处理个人信息等	本人确认 ☑
根据《传染病预防及管理相关法律》第32条及《传染病预防及管理相关法律施行令》第32条之3，收集身份证号码等个人信息及敏感信息。 ①收集和使用目的：提供预防接种的下一次接种及是否完成接种、预防接种后是否出现不良反应等短信和手机应用程序通知服务 ②收集和使用项目：个人信息(包括敏感信息、身份证号码)、电话号码(座机/手机) ③保留及使用期限：5年	
根据《传染病预防及管理相关法律》第26条之2，同意在预防接种前通过预防接种综合管理系统提前确认接种对象的预防接种明细。 *不同意提前确认预防接种明细时，医护人员可以要求提供书面形式的预防接种明细，接种对象如果没有特殊原因，应予以提供。	☐是 ☐否
同意通过短信或手机应用程序接收预防接种的下一次接种及是否完成接种的相关信息。 * 如果不同意接收通知，则无法接收未同意项目的相关信息。	☐是 ☐否
同意通过短信或手机应用程序接收预防接种后是否出现不良反应等相关通知。 * 如果不同意接收通知，则无法接收未同意项目的相关信息。	☐是 ☐否

接种对象确认事项	本人确认 ☑
1. 最近一个月内是否接受过预防接种？如果是，请写出预防接种名称。 ( )	☐是 ☐否
2. 过去是否因预防接种后出现不良反应而接受过治疗？如果是，请写出不良反应和预防接种名称。 ( )	☐是 ☐否
3. 今天身体是否不舒服？如果是，请写出症状。 ( )	☐是 ☐否
4. (女性)目前是否怀孕或是否可能在下个月怀孕？	☐是 ☐否
5. 是否因为药物、食物（例如：鸡蛋）或疫苗接种出现过荨麻疹、过敏症状(例如：出疹子、过敏性休克：休克、呼吸困难、失去意识，嘴唇/口腔浮肿等)?	☐是 ☐否
6. 是否患有癌症、白血病或免疫系统疾病？如果是，请写出病名。 ( )	☐是 ☐否
7. 最近三个月内是否接受过类固醇药物、抗癌药物、放射线治疗？	☐是 ☐否
8.最近一年内是否输过血或注射过免疫球蛋白？	☐是 ☐否
9. (新冠肺炎)是否患有凝血障碍或正在服用抗凝剂？如果是，请写出病名或药物类型。 ( )	☐是 ☐否
10.是否出现过痉挛或其他脑神经系统疾病（例如：包括吉兰-巴雷综合征）？	☐是 ☐否
11.是否因其他先天性畸形、哮喘及肺病、心脏病、肾病、肝病、糖尿及内分泌疾病、血液病(凝血障碍等)而接受过诊断或治疗？如果是，请写出病名。( )	☐是 ☐否
我会在听取医生的诊断结果和不良反应说明后进行预防接种。 本人（法定代理人、监护人）姓名： （签名） 与接种对象的关系： *如果接种对象是尚未进行出生申报的新生儿，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 ☑
体温： ℃	已对疫苗接种后的异常反应进行了说明	☐
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。		☐
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. 预防预防接种错误、减少不必要的追加接种和费用。

2. 可以在预防接种服务平台主页确认预防接种记录。

◦ 在预防接种服务平台主页(https://nip.kdca.go.kr)注册会员后、录入孩子信息、确认预防接种记录。
- **(孩子登记方法)**登录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]
- **(记录确认方法)**登录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]

※ 如果在预防接种服务平台主页无法确认预防接种记录、请要求接种机构将其录入到主页中。
※《预防接种手册》用于帮助监护人妥善管理孩子的接种记录、不能代替《预防接种证明》使用。

3. 可在线免费领取《预防接种证明》(韩文或英文)。

◦ 登录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]

4. 为避免忘记孩子的预防接种时间、将发送"下次预防接种日期"短信通知。

◦ 如将可取得联系的父母(监护人)的手机号码告知接种机构、可收到关于强免疫苗的下次接种日期短信通知。

◦ 如想接收多国语言*短信,请将所需语言告知接种机构,即可同时收到韩语和所需语言版本的短信。
- 选择所需语言时、如果追加登记其他监护人的手机号码、可以一起收取"下次预防接种日"的通知。

* 多国语(12种):尼泊尔语、老挝语、俄语、蒙古语、越南语、英语、乌兹别克斯坦语、日语、中文、柬埔寨语、泰语和菲律宾语

在外国居住后回国时、办理好孩子在外国接种的预防接种证明。

在国外进行预防接种时、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。

韩国为保护集体生活的儿童和学生的健康、以及做好传染病预防管理的工作、在托儿所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*。

但是、如果已在预防接种服务平台主页确认预防接种记录、则不需向托儿所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

국가예방접종
国家预防接种

为预防传染病，国家全额提供预防接种费用，并建议国民接种，可在附近的委托医疗机构及保健所免费接种。

按年龄和时期推荐的预防接种类型

每个委托医疗机构或保健所是否提供接种服务的情况略有不同，因此前往之前需要确认。

新生儿时期

出生时
- 乙型肝炎(HepB)第1针

1个月
- 结核(BCG、皮内注射用)1次(4周以内)
- 乙型肝炎(HepB)第2针

婴幼儿时期

2·4·6个月
- 白喉·破伤风·百日咳(DTaP)第1~3针*
- 脊髓灰质炎(IPV)第1~3针*
- b型流感嗜血杆菌(Hib)第1~3针*
- 肺炎链球菌感染症(PCV)第1~3针
- 轮状病毒感染症(RV)第1~3针
- 乙型肝炎(HepB)第3针*

*可以选择4价联合疫苗、5价联合疫苗、6价联合疫苗进行接种

12~15个月
- b型流感嗜血杆菌(Hib)第4针
- 肺炎链球菌感染症(PCV)第4针
- 麻疹·流行性腮腺炎·风疹(MMR)第1针
- 水痘(VAR)1次

12~23个月
- 甲型肝炎(HepA)第1~2针
- 乙型脑炎灭活疫苗(IJEV)第1~2针
- 乙型脑炎减毒活疫苗(LJEV)第1针

15~18个月
- 白喉·破伤风·百日咳(DTaP)第4针

24~35个月
- 乙型脑炎灭活疫苗(IJEV)第3针
- 乙型脑炎减毒活疫苗(LJEV)第2针

국가예방접종
国家预防接种

儿童期

4~6岁
- 白喉·破伤风·百日咳(DTaP)第5针
- 脊髓灰质炎(IPV)第4针
- 麻疹·流行性腮腺炎·风疹(MMR)第2针

11~12岁
- 破伤风·白喉·百日咳(Tdap)第6针

6岁
- 乙型脑炎灭活疫苗(IJEV)第4针

12岁
- 乙型脑炎灭活疫苗(IJEV)第5针

青少年、成人

12~17岁女性青少年及18~26岁低收入阶层*女性
- 人乳头瘤病毒感染症(HPV)第1~2针或第1~3针

*在接种当天确认《国民基础生活保障法》规定的基础生活保障领取者及次上位阶层(中等收入50%以下)的接种资格

65岁以上
- 肺炎链球菌感染症(PPSV)1次

高危人群

属于高危人群者
- 伤寒病(ViCPS)1次(必要时每3年接种1次)
- 肾综合征出血热(HFRS)第1~3针
- 猴痘(Mpox)第1~2针

季节接种

流感
- 65岁以上、孕妇、6个月~13岁儿童*1次

*未满9岁的儿童首次接种流感疫苗时接种2次

新冠疫苗
- 65岁以上、免疫功能低下者*，易感染设施的住院病人和入住者*1次

*温馨提示！高危人群中以前未完成接种的6个月~4岁的婴幼儿需要接种1~3次辉瑞疫苗或1~2次莫德纳疫苗，5~11岁的儿童需要接种1~2次

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국
儿童健康的韩国

표준예방접종일정표 (2025)
标准预防接种日程表 (2025)

국가예방접종
国家预防接种

대상 감염병 传染病名	백신 종류 및 방법 疫苗种类及接种方法	횟수 剂次	출생시 出生时	4주이내 4周以内	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	4세 4岁	6세 6岁	11세 11岁	12세 12岁
B형간염 乙型肝炎	HepB	3	HepB 1차 (HepB 第1剂)		HepB 2차 (HepB 第2剂)			HepB 3차 (HepB 第3剂)									
결핵 结核	BCG(皮下注射) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1次)													
디프테리아 白喉 파상풍 破伤风 백일해 百日咳	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP第1剂)	DTaP 2차 (DTaP第2剂)	DTaP 3차 (DTaP第3剂)		DTaP 4차 (DTaP第4剂)				DTaP 5차 (DTaP第5剂)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap 第6剂)	
폴리오 脊髓灰质炎	IPV	4				IPV 1차 (IPV第1剂)	IPV 2차 (IPV第2剂)	IPV 3차 (IPV第3剂)						IPV 4차 (IPV第4剂)			
B형헤모필루스인플루엔자 乙型流感嗜血杆菌	Hib	4				Hib 1차 (Hib 第1剂)	Hib 2차 (Hib 第2剂)	Hib 3차 (Hib 第3剂)	Hib 4차 (Hib 第4剂)								
폐렴구균 감염증 肺炎链球菌感染症	PCV	4				PCV 1차 (PCV第1剂)	PCV 2차 (PCV第2剂)	PCV 3차 (PCV第3剂)	PCV 4차 (PCV第4剂)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (仅限高危险群接种)				
로타바이러스 감염증 轮状病毒感染症	RV1	2				RV 1차 (RV 第1剂)	RV 2차 (RV 第2剂)										
	RV5	3				RV 1차 (RV 第1剂)	RV 2차 (RV 第2剂)	RV 3차 (RV 第3剂)									
홍역 麻疹 유행성이하선염 流行性腮腺炎 풍진 风疹	MMR	2							MMR 1차 (MMR 第1剂)					MMR 2차 (MMR 第2剂)			
수두 水痘	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1次)								
A형간염 甲型肝炎	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA 第1~2剂)								
일본뇌염 日本脑炎	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV 第1~2剂)				IJEV 3차 (IJEV 第3剂)		IJEV 4차 (IJEV 第4剂)		IJEV 5차 (IJEV 第5剂)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV 第1剂)				LJEV 2차 (LJEV 第2剂)				
사람유두종바이러스 감염증 人乳头瘤病毒感染症	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 第1~2剂)	
인플루엔자 流感	IIV	–						IIV 매년 접종 (IIV 每年接种)									

- 国家预防接种项目：该项目由国家及地方自治团体补贴费用，在保健所或委托医疗机构接种国家指定的疫苗时，提供预防接种费用
- 根据预防接种时间，DTap、IPV、Hib疫苗可以作为DTaP-IPV（白喉、破伤风、百日咳、脊髓灰质炎）、DTap-IPV/Hib（白喉、破伤风、百日咳、脊髓灰质炎、b型流感嗜血杆菌）、DTap-IPV-Hib-HepB（白喉、破伤风、百日咳、脊髓灰质炎、b型流感嗜血杆菌、乙型肝炎）联合疫苗接种

국가예방접종사업 안내
ការណែនាំអំពីគម្រោងចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់រដ្ឋ

ការចាក់វ៉ាក់សាំងគឺជាវិធីសាស្ត្រដ៏មានប្រសិទ្ធភាពបំផុតក្នុងការការពារប្រជាពលរដ្ឋពីជំងឺឆ្លងផ្សេងៗ ដូច្នេះប្រទេសជាតិកំពុងឧបត្ថម្ភធនទាំង ស្រុងលើ ការ ចំណាយទាំងអស់សម្រាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងនៅតាមបណ្តាវិទ្យាស្ថាន វេជ្ជសាស្ត្រ ជាប់ កិ ច្ច សន្យាដែលមានទីតាំងក្បែរអ្នក។

≫ កាលវិភាគចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់រដ្ឋ និងចាក់វ៉ាក់សាំងស្តង់ដារ

질병관리청 Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국
សាធារណរដ្ឋកូរ៉េយកចិត្តទុកដាក់ថែទាំលើសុខភាពរបស់កូនអ្នក

표준예방접종일정표 (2025)
កាលវិភាគសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងស្តង់ដារ (2025)

국가예방접종 National vaccinations

대상 감염병 គោលដៅសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងចំពោះជំងឺឆ្លង	백신 종류 및 방법 ប្រភេទ និងវិធីសាស្ត្រនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង	횟수 ជុំ	출생시 នៅពេលកើត	4주이내 ក្នុងរយៈពេល 4 សប្តាហ៍	1개월 1 ខែ	2개월 2 ខែ	4개월 4 ខែ	6개월 6 ខែ	12개월 12 ខែ	15개월 15 ខែ	18개월 18 ខែ	19~23개월 19 ទៅ 23 ខែ	24~35개월 24 ទៅ 35 ខែ	4세 អាយុ 4 ឆ្នាំ 6	6세 អាយុ 6 ឆ្នាំ 11	11세 អាយុ 11 ឆ្នាំ	12세 អាយុ 12 ឆ្នាំ
B형간염 ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B	HepB	3	HepB 1차 (HEPB ជុំទី 1)		HepB 2차 (HEPB ជុំទី 2)			HepB 3차 (HEPB ជុំទី 3)									
결핵 ជំងឺរបេង	BCG(피내용) BCG (ខាងក្នុងស្បែក)	1		BCG 1차 (BCG ជុំទី 1)													
디프테리아 ជំងឺខាន់ស្លាក់ 파상풍 ជំងឺតេតាណូស 백일해 ជំងឺក្អកមាន់	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP ជុំទី 1)	DTaP 2차 (DTaP ជុំទី 2)	DTaP 3차 (DTaP ជុំទី 3)		DTaP 4차 (DTaP ជុំទី 4)				DTaP 5차 (DTaP ជុំទី 5)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap ជុំទី 6)	
폴리오 ជំងឺគ្រុនស្វិតដៃជើង	IPV	4				IPV 1차 (IPV ជុំទី 1)	IPV 2차 (IPV ជុំទី 2)	IPV 3차 (IPV ជុំទី 3)						IPV 4차 (IPV ជុំទី 4)			
B형헤모필루스인플루엔자 ជំងឺរលាកស្រោមខួរប្រភេទ B	Hib	4				Hib 1차 (Hib ជុំទី 1)	Hib 2차 (Hib ជុំទី 2)	Hib 3차 (Hib ជុំទី 3)	Hib 4차 (Hib ជុំទី 4)								
폐렴구균 감염증 ការឆ្លងមេរោគហើមសួត	PCV	4				PCV 1차 (PCV ជុំទី 1)	PCV 2차 (PCV ជុំទី 2)	PCV 3차 (PCV ជុំទី 3)	PCV 4차 (PCV ជុំទី 4)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (ការចាក់វ៉ាក់សាំងធ្វើឡើងសម្រាប់តែក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់តែប៉ុណ្ណោះ)				
로타바이러스 감염증 ការឆ្លងមេរោគរ៉ូតា	RV1	2				RV 1차 (RV ជុំទី 1)	RV 2차 (RV ជុំទី 2)										
	RV5	3				RV 1차 (RV ជុំទី 1)	RV 2차 (RV ជុំទី 2)	RV 3차 (RV ជុំទី 3)									
홍역 ជំងឺកញ្ជ្រិល 유행성이하선염 ជំងឺស្រឡទែន 풍진 ជំងឺស្អូច	MMR	2							MMR 1차 (MMR ជុំទី 1)					MMR 2차 (MMR ជុំទី 1)			
수두 ជំងឺអុតស្វាយ	VAR	1							VAR 1차 (VAR ជុំទី 1)								
A형간염 ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ a	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA ជុំទី 1 និងទី 2)								
일본뇌염 ជំងឺរលាកខួរក្បាលជប៉ុន	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV ជុំទី 1 និងទី 2)				IJEV 3차 (IJEV ជុំទី 3)		IJEV 4차 (IJEV ជុំទី 3)		IJEV 5차 (IJEV 5th round)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV ជុំទី 1)				LJEV 2차 (LJEV ជុំទី 2)				
사람유두종바이러스 감염증 ការឆ្លងមេរោគឬសលើស្បែក	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV ជុំទី 1 និងទី 2)	
인플루엔자 គ្រុនផ្តាសាយធំ	IIV	–						IIV 매년 접종 (Annual IIV inoculation)									

≫ វិទ្យាស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យាផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំងដោយឥតគិតថ្លៃ

- អ្នកអាចឆែកមើលស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យានៅលើគេហទំព័រជំនួយការវ៉ាក់សាំង (https://nip.kdca.go.kr)។
  * សូមឆែកមើលប្រភេទវ៉ាក់សាំងដែលមានសិននឹងទៅវិទ្យាស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យា។
  * ព័ត៌មានអំពីវិទ្យាស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យាត្រូវបានផ្តល់ជូនជាភាសាកូរ៉េ។

- ប្រសិនបើការចុះឈ្មោះសំបុត្រកំណើតកូនត្រូវបានពន្យារពេលលើសពី 1 ខែ ដោយសារមូលហេតុដែលមិនអាចចៀសវាងបានការចាក់វ៉ាក់សាំងដោយឥតគិតថ្លៃអាចរកបានតាមរយៈការចេញ "លេខត្រួតពិនិត្យបណ្តោះអាសន្ន" សម្រាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងនៅមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ។

- កំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងដែលត្រូវបានចុះឈ្មោះតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចនៅវិទ្យាស្ថានចាក់វ៉ាក់សាំងអាចឆែកមើលនៅលើគេហទំព័រជំនួយការវ៉ាក់សាំងបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមិនទាន់បានចាក់វ៉ាក់សាំងទេ សូមទៅកាន់មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ ឬវិទ្យាស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យាដែលនៅជិតបំផុត ដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំងដោយឥតគិតថ្លៃ។ ប្រសិនបើការចុះឈ្មោះតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិចបាត់ឈ្មោះបន្ទាប់ពីការទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង សូមស្នើសុំការចុះឈ្មោះតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកទៅកាន់វិទ្យាស្ថានចាក់វ៉ាក់សាំងដែលពាក់ព័ន្ធ(គាំទ្រតែភាសាកូរ៉េប៉ុណ្ណោះ)។

- នៅពេលមានចម្ងល់ទៅទៀត សូមសួរតាមគេហទំព័រជំនួយការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ(https://nip.cdc.go.kr) ឬអ៊ែបរបស់ទូរគមនាគមន៍ចល័ត ឬសួរតាមទូរស័ព្ទ។

គេហទំព័រ : https://nip.kdca.go.kr | លេខទូរស័ព្ទ 043-719-8398~8399 | មជ្ឈមណ្ឌលទាក់ទងតាមទូរស័ព្ទដាណូវ៉ិ1577-1366

មគ្គុទេសក៏ពីដំណើរការចាក់ថ្នាំបង្ការ
(សម្រាប់អាណាព្យាបាលនៃគ្រួសារ ពហុវប្បធម៌)

1. សូមអាន 'កម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង' ជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក ហើយបំពេញ 'កម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង (ជាភាសាកូរ៉េ)។'

<ការណែនាំសម្រាប់ការបំពេញក្នុងកម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង>

① សូមបញ្ជាក់ឈ្មោះកូនរបស់អ្នកជាភាសាកូរ៉េ ឬភាសាអង់គ្លេស។

② សូមបញ្ជាក់លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅរបស់កូនអ្នក (លេខចុះបញ្ជីសម្រាប់ជនបរទេស)។
ប្រសិនបើ កូនរបស់អ្នកមិនមានលេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ (លេខចុះបញ្ជីសម្រាប់ជនបរទេស) សូមបញ្ជាក់ 'លេខគ្រប់គ្រងបណ្តោះអាសន្ន' ដែលចេញដោយមជ្ឈមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។

③ ប្រសិនបើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតកូនរបស់អ្នកនៅក្នុងបញ្ជីស្នាក់នៅខុសពីថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់គាត់ សូមបញ្ជាក់ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់កូនអ្នកនៅក្នុងប្រអប់ដែលបានបង្ហាញ។
※ កាលវិភាគចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នកនឹងត្រូវបានកំណត់ដោយផ្អែកលើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់គាត់។ ប្រសិនបើថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតពិតប្រាកដរបស់កូនអ្នកខុសពីកាលបរិច្ឆេទដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងបញ្ជីស្នាក់នៅ សូមធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតនៅមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅក្បែរនោះ ជាមួយនឹងឯកសារចាំបាច់ (ដូចសំបុត្រកំណើតជាដើម)។

④ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកឈឺនៅថ្ងៃនេះ សូមបញ្ជាក់នូវរោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម៖

1. គ្រុនក្តៅ	2. ក្អក	3. ឈឺបំពង់ក	4. រាគ	5. ឈឺពោះ
6. ការក្អួតចង្អោរ	7. ឈឺក្បាល	8. ខ្សោយកម្លាំង	9. ផ្សេងទៀត	

■ **សូមចំណាំផ្នែកខាងក្រោមនៅពេលបំពេញក្នុង 'កម្រងសំណួរពិនិត្យការចាក់វ៉ាក់សាំង'!**
- ត្រូវប្រាកដថាបានគូសធីកទៅលើ 'ការព្រមព្រៀងបង្ហាញលេខទូរសព្ទដៃ និងទទួលសារជាអក្សរ។'
- សូមបញ្ជាក់ភាសាដែលអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានជាភាសា
- អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានអំពី 'ឈ្មោះនៃការទទួលវ៉ាក់សាំងបន្ទាប់ និងកាលបរិច្ឆេទចាក់វ៉ាក់សាំង' ជាភាសាដែលបានជ្រើសរើស។
- នៅពេលជ្រើសរើសភាសារបស់អ្នក ចុះឈ្មោះលេខទូរសព្ទដៃរបស់អ្នកថែទាំផ្សេងទៀតរបស់កូនអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពី 'កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់' សម្រាប់លេខទូរសព្ទដៃនោះផងដែរ។

2. សូមរង់ចាំនៅមុខបន្ទប់ពិនិត្យ រហូតទាល់តែគេហៅឈ្មោះកូនរបស់អ្នក។

3. (មុនពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) សូមពិនិត្យមើលប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នក ដើម្បីប្រាកដថាពួកគេមិនបានទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងដូចគ្នាកាលពីមុនមក។
※គ្រូពេទ្យអាចពិនិត្យរកមើលការចាក់វ៉ាក់សាំងពីមុនរបស់កូនអ្នកតាមរយៈប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រ។
※ ប្រសិនបើអ្នកមានលិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ឬកំណត់ហេតុទារកដែលបញ្ជាក់ពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នក សូមបង្ហាញវាទៅកាន់គ្រូពេទ្យដើម្បីពិនិត្យ។

4. (មុនពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) សូមស្តាប់ដោយយកចិត្តទុកដាក់ នៅពេលគ្រូពេទ្យពិនិត្យពន្យល់អំពីវ៉ាក់សាំង និងប្រតិកម្មអវិជ្ជមានដែលនឹងអាចកើតមាន។
※ប្រសិនបើអ្នកមានការលំបាកក្នុងការយល់ភាសាកូរ៉េ សូមស្នើសុំគ្រូពេទ្យពិនិត្យដើម្បីបោះពុម្ពច្បាប់ចម្លងនៃ 'សន្លឹកព័ត៌មានរបស់វ៉ាក់សាំង' ជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក។ សូមអាន "ការប្រុងប្រយ័ត្នក្រោយការចាក់វ៉ាក់សាំង និងប្រតិកម្មអវិជ្ជមាន" ដោយមានការប្រុងប្រយ័ត្ន។

5. (ក្នុងអំឡុងពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកគឺជាកុមារតូច សូមឱ្យគាត់អង្គុយលើកែងដៃរបស់អ្នក ហើយយកដៃឱបនៅជុំវិញដងខ្លួនរបស់កូនអ្នក ដើម្បីជួយគ្រូពេទ្យឱ្យចាក់វ៉ាក់សាំងដោយសុវត្ថិភាព។

6. (ក្នុងអំឡុងពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) ត្រូវប្រាកដថាអ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងអំពីការប្រុងប្រយ័ត្នមុន និងក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំងមុនពេលកូនរបស់អ្នកត្រូវបានចាក់វ៉ាក់សាំង ។

7. (បន្ទាប់ពីពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) ពិគ្រោះជាមួយនឹងគ្រូពេទ្យដែលពិនិត្យជំងឺដើម្បីសម្រេចទៅលើការបរិច្ឆេទបាក់សាំងបន្ទាប់សម្រាប់កូនអ្នក។

8. (បន្ទាប់ពីពេលចាក់វ៉ាក់សាំង) សូមបន្តស្នាក់នៅមន្ទីរពេទ្យរយៈពេល 20 ទៅ 30 នាទីហើយអង្កេតមើលកូនរបស់អ្នកដើម្បីរកប្រតិកម្មជាអវិជ្ជមាន។

9. (នៅផ្ទះ) ।សូមតាមដានកូនរបស់អ្នកយ៉ាងប្រុងប្រយ័ត្នសម្រាប់រយៈពេលយ៉ាងហោចណាស់ ៣ ម៉ោងដើម្បីរករោគសញ្ញា។ ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមានគ្រុនក្តៅខ្លាំងឬបង្ហាញរោគសញ្ញារាងកាយខុសធម្មតាណាមួយ សូមស្វែងរកការព្យាបាលសុខភាពភ្លាមៗ។

※ ប្រសិនបើអ្នកតម្រូវឲ្យមានសេវាបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង សូមទាក់ទងទៅកាន់មជ្ឈមណ្ឌលហៅទូរសព្ទ Danuri (1577-1366) ។

របាយការណ៍បឋមស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ

ឈ្មោះ		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	(☐ ប្រុស ☐ ស្រី)
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខកាតសម្គាល់ជនបរទេស	(☐ ប្រុស ☐ ស្រី)
លេខទូរស័ព្ទ	(ផ្ទះ) (លេខទូរស័ព្ទដៃ)	ទម្ងន់	kg

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានការចាក់វ៉ាក់សាំងផ្ទាល់ខ្លួន	ការបញ្ជាក់ពីអ្នកជំងឺ ☑
យើងប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន រួមទាំងលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស និងព័ត៌មានរសើបដោយអនុលោមតាមមាត្រា 32 នៃ "ច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺឆ្លង" និងមាត្រា 32-3 នៃ "ក្រមអនុវត្តន៍នៃច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺឆ្លង"។ ① គោលបំណងនៃការប្រមូល និងការប្រើប្រាស់៖ ដើម្បីផ្តល់សារជាអក្សរ និងសារលោតជូនដំណឹងតាមរយៈកម្មវិធីទូរសព្ទទាក់ទងនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំងដូសបន្ទាប់ ថាតើនីតិវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានបំពេញដែរឬអត់ និងថាតើករណីប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរពីការចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានគេសង្កេតឃើញដែរឬទេ។ ② ទិន្នន័យដែលត្រូវប្រមូល និងប្រើប្រាស់៖ ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន (រួមមានព័ត៌មានរសើប និងលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស) និងលេខទូរសព្ទ (ទូរសព្ទនៅផ្ទះ/ទូរសព្ទចល័ត) ③ រយៈពេលរក្សាទុក៖ 5 ឆ្នាំ	
ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំចូលប្រើកំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងកូនខ្ញុំ ឬរបស់បាលិតនៅលើប្រព័ន្ធព័ត៌មានចុះបញ្ជីការចាក់វ៉ាក់សាំង លើមូលដ្ឋានចាំបាច់ដែលត្រូវដឹងក្រោមមាត្រា 26-2 នៃ "ច្បាប់គ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺឆ្លង"។ * បើអ្នកមិនយល់ព្រម អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាចស្នើសុំប្រវត្តិចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នកជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ហើយអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដោយគ្មានលក្ខខណ្ឌ លុះត្រាតែមានបញ្ហាពិសេស។	☐ មាន ☐ អត់ទេ
ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសារជាអក្សរ ឬសារលោតជូនដំណឹងលើកម្មវិធីទូរសព្ទទាក់ទងនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំងដូសបន្ទាប់របស់ខ្ញុំ និង/ឬថាតើស៊េរីនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងច្រើនដូសត្រូវបានបញ្ចប់ដែរឬទេ។ * ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនទទួលសារ ឬការជូនដំណឹងណាមួយ ព័ត៌មានទទួលបានដែលអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងមិនអាចផ្ញើទៅដល់អ្នកបានទេ។	☐ មាន ☐ អត់ទេ
ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសារជាអក្សរ ឬសារលោតជូនដំណឹងលើកម្មវិធីទូរសព្ទទាក់ទងនឹងករណីប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរពីវ៉ាក់សាំងដែលអាចកើតមាន។ * ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនទទួលសារ ឬការជូនដំណឹងណាមួយ ព័ត៌មានទទួលបានដែលអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងមិនអាចផ្ញើទៅដល់អ្នកបានទេ។	☐ មាន ☐ អត់ទេ

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ការពិនិត្យមុនចាក់វ៉ាក់សាំង	ការបញ្ជាក់ពីអ្នកជំងឺ ☑
1. តើអ្នកបានចាក់វ៉ាក់សាំងណាមួយក្នុងខែមុនដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ប្រវត្តិចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។ ( )	☐ មាន ☐ អត់ទេ
2. តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះនឹងករណីប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរណាមួយបន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង និងស្វែងរកការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ និងវ៉ាក់សាំងដែលអ្នកបានចាក់។ ( )	☐ មាន ☐ អត់ទេ
3. ថ្ងៃនេះ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាឈឺដែរទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញារបស់អ្នក។ ( )	☐ មាន ☐ អត់ទេ
4. (សម្រាប់តែអ្នកជំងឺជាស្ត្រីប៉ុណ្ណោះ) តើអ្នកមានផ្ទៃពោះ ឬទំនងជាមានផ្ទៃពោះនៅខែក្រោយឬ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
5. តើអ្នកធ្លាប់មានកន្ទួលក្រហម ឬអាលែកហ្ស៊ី (ឧ. កន្ទួលរមាស់ ប្រតិកម្មខ្លាំងដោយសារជាតុម្យ៉ាង ដង្ហើមខ្លី បាត់បង់ស្មារតី ហើមបបូរមាត់/មាត់។ល។) ពីថ្នាំ អាហារ (ឧ. ស៊ុត) ឬវ៉ាក់សាំងដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
6. តើអ្នកមានជំងឺមហារីក ជំងឺមហារីកឈាម ឬជំងឺប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់។ ( )	☐ មាន ☐ អត់ទេ
7. តើអ្នកបានប្រើថ្នាំស្តេរ៉ូអ៊ីត ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ឬការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មក្នុងរយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
8. តើអ្នកបានបញ្ចូលឈាម ឬបានចាក់ថ្នាំអ៊ីមម៉ុយណូក្លូប៊ុយលីនក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
9. (ទាក់ទងនឹងជំងឺ COVID-19) តើអ្នកមានជំងឺកកឈាម ឬលេបថ្នាំប្រឆាំងនឹងកំណកឈាមដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះជំងឺ ឬប្រភេទថ្នាំ។ ( )	☐ មាន ☐ អត់ទេ
10. តើអ្នកមានប្រវត្តិប្រកាច់ ឬមានជំងឺសរសៃប្រសាទខួរក្បាលផ្សេងទៀត (ឧ. រោគសញ្ញា Guillain-Barré) ដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
11. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមាន ឬទទួលបានការព្យាបាលអាការៈខុសប្រក្រតីពីកំណើតផ្សេងទៀត ជំងឺហឺត ជំងឺសួត ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម ខ្សោយថ្លើម ជំងឺអង់ដូគ្រីន (ឧ. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម) និង/ឬជំងឺរំបិត្តិឈាម (ក្រៅពីជំងឺកំណកឈាម) ដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់។ ( )	☐ មាន ☐ អត់ទេ
ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងអំពីប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចកើតមានបន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង ហើយយល់ព្រមទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង។ ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ឬមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់៖ (ហត្ថលេខា) ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ លេខចុះបញ្ជីជនបរទេសនៃអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើតមុនពេលចុះបញ្ជីកំណើត) (yyyy) (mm) (dd)	

លទ្ធផលពិនិត្យមុន នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ (ដែលត្រូវបំពេញ ដោយគ្រូពេទ្យ)		ត្រួតពិនិត្យ ☑
សីតុណ្ហភាពរាងកាយ : ℃	ខ្ញុំបានពន្យល់ពីប្រតិកម្មមិនល្អបន្ទាប់ពីទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ	☐
បានពន្យល់ថាត្រូវរងចាំក្នុងមណ្ឌលចាក់ថ្នាំបង្ការរយៈពេល20ទៅ30នាទីក្រោយពេលចាក់ថ្នាំរួចដើម្បីពិនិត្យមើលប្រតិកម្មមិនល្អដែលអាចកើតមាន។		☐
លទ្ធផលនៃការវិនិច្ឆ័យ :		
ដោយផ្អែកសេចក្តីលំអិតរបស់អ្នកជំងឺ និងការពិនិត្យរាងកាយ អ្នកអាចទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការបាន។ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត : (ហត្ថលេខា)		

캄보디아어

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.
សូមពិនិត្យមើលអំពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នក។

តើមានអត្ថប្រយោជន៍អ្វីខ្លះសម្រាប់ការចុះឈ្មោះតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកអំពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ?

1. ការចុះឈ្មោះតាមអេឡិចត្រូនិកជួយការពារនូវកំហុសដែលអាចកើតឡើងក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំង កាត់បន្ថយការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការចំណាយបន្ថែមដែលមិនចាំបាច់។

2. ប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នកនឹងមាននៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។

○ ចុះឈ្មោះនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង (https://nip.kdca.go.kr) ហើយចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នក ដើម្បីមើលប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់ពួកគេ

- **(ចុះឈ្មោះកូនរបស់អ្នក)** ចុះឈ្មោះចូលគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង] → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ] → [ចុះទិន្នន័យរបស់កូនអ្នក]
- **(មើលកំណត់ត្រារបស់កូនអ្នក)** ចុះឈ្មោះចូលគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង] → [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ] → [មើលប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនខ្ញុំ]

※ ប្រសិនបើអ្នកមិនអាចមើលអំពីប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កូនអ្នកនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងទេ សូមស្នើសុំស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីចុះឈ្មោះប្រវត្តិកូនរបស់អ្នកតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។

※ 'កំណត់ត្រានៃការចាក់វ៉ាក់សាំង' មានគោលបំណងជួយអ្នកថែទាំគ្រប់គ្រងប្រវត្តិនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់កុមារ។ កំណត់ត្រានៃការចាក់វ៉ាក់សាំងមិនអាចដាក់ស្នើជំនួសឱ្យ 'លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង' បានទេ។

3. 'លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង' អាចត្រូវបានចេញតាមអនឡាញដោយឥតគិតថ្លៃ (ជាភាសាកូរ៉េ ឬភាសាអង់គ្លេស)។

○ ចុះឈ្មោះចូលគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង [គ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង] → [សេវាកម្មអេឡិចត្រូនិក] → [លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង]

4. ចុះឈ្មោះសម្រាប់សាររំលឹកជាសារអក្សរអំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់របស់កូនអ្នក។

○ ចុះឈ្មោះលេខទូរសព្ទដៃរបស់អ្នក (ឪពុកឬម្តាយ អ្នកថែទាំ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់) ជាមួយស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីទទួលបានសាររំលឹកជាអក្សរអំពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់របស់កូនអ្នកសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងចាំបាច់។

○ ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មាននេះជាភាសាកំណើតរបស់អ្នក សូមជូន
ទាក់ទងស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង។ អ្នកនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងពីសារជាអក្សរទាំងជាភាសាកូរ៉េ និងភាសាកំណើតរបស់អ្នក។

- នៅពេលជ្រើសរើសភាសារបស់អ្នក ចុះឈ្មោះលេខទូរសព្ទដៃរបស់អ្នកថែទាំផ្សេងទៀតរបស់កូនអ្នក ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានអំពី 'កាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់' សម្រាប់លេខទូរសព្ទដៃនោះផងដែរ។

* ភាសាដែលអាចប្រើបាន(12)៖ នេប៉ាល់, ឡាវ រុស្ស៊ី ម៉ុងហ្គោលី វៀតណាម អង់គ្លេស អ៊ូសបេក ជប៉ុន ចិន ខ្មែរ តាកាឡុក

សូមទទួលបានលិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ប្រសិនបើត្រឡប់ទៅប្រទេសកូរ៉េវិញ បន្ទាប់ពីរស់នៅក្រៅប្រទេស។

ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកបានទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងនៅក្រៅប្រទេស សូមទទួលបាន 'លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងជាភាសាអង់គ្លេស' ឬ 'ឯកសារដែលមានហត្ថលេខា ឬត្រាផ្លូវការរបស់ស្ថាប័នផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលផ្តល់ការចាក់វ៉ាក់សាំង' មុនពេលត្រឡប់ទៅប្រទេសកូរ៉េវិញ។ សូមស្នើសុំឱ្យមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដែលនៅជិតអ្នកឱ្យចុះឈ្មោះឯកសារតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។

ដើម្បីការពារសុខភាពរបស់សិស្ស និងកុមារ និងដើម្បីទប់ស្កាត់ការរីករាលដាលនៃជំងឺឆ្លង សាធារណរដ្ឋកូរ៉េ តម្រូវឱ្យសិស្សដែលស្ថិតក្នុងការថែទាំពេលថ្ងៃ ថ្នាក់បឋមសិក្សា ឬអនុវិទ្យាល័យ ត្រូវដាក់លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីបញ្ជាក់* ថាសិស្សទាំងអស់បានបញ្ចប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលជាកាតព្វកិច្ច។ សិស្សដែលមានកំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងពេញលេញនៅលើគេហទំព័រជំនួយសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង មិនត្រូវបានតម្រូវឱ្យដាក់បញ្ជូន <លិខិតបញ្ជាក់អំពីការចាក់វ៉ាក់សាំង> ទៅកាន់សាលារបស់ពួកគេទេ។

* មូលដ្ឋានច្បាប់៖ មាត្រា ៣១ នៃច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺឆ្លង មាត្រា ១០ នៃច្បាប់ស្តីពីសុខភាពនៅសាលារៀន និងមាត្រា 31 នៃច្បាប់ស្តីពីការថែទាំកុមារ

국가예방접종
ការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់រដ្ឋ

រដ្ឋាភិបាលផ្តល់ការឧបត្ថម្ភធនទាំងស្រុងលើការចំណាយលើការចាក់វ៉ាក់សាំង និងលើកទឹកចិត្តដល់ការចាក់វ៉ាក់សាំងសម្រាប់សាធារណៈជនដើម្បីការពារជំងឺឆ្លង។ ការចាក់វ៉ាក់សាំងដោយឥតគិតថ្លៃមាននៅមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យា និងមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈនៅក្បែរនោះ។

■ ប្រភេទនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានណែនាំតាមវ័យ និងរយៈពេល

ការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលមានអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើមជ្ឈមណ្ឌលវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យា និងមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ: ការបញ្ជាក់គឺចាំបាច់មុនពេលចូលមើលគេហទំព័រ។

ទារកទើបនឹងកើត

✔ បន្ទាប់ពីកើត
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HepB) លើកទី 1

✔ 1 ខែ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំង 1 ដង (ក្នុងរយៈពេល 4 សប្តាហ៍) សម្រាប់ជំងឺរបេង (BCG, ការចាក់ក្នុងស្បែក)
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HepB) លើកទី 2

ទារក និងកុមារតូច

✔ 2 · 4 · 6 ខែ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការរោគខាន់ស្លាក់ · តេតាណូស · រោគក្អកមាន់ (DTaP) លើកទី 1-3*
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើង (IPV) លើកទី 1-3*
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺគ្រុនផ្តាសាយប្រភេទ b (Hib) លើកទី 1-3*
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងជំងឺរលាកសួត (PCV) លើកទី 1-3
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការការឆ្លងរោគដោយសារវីរុសរ៉ូតា (RV) លើកទី 1-3
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B (HepB) លើកទី 3*

*ការចាក់វ៉ាក់សាំងគឺអាចរកបានដោយជ្រើសរើសក្នុងចំណោមវ៉ាក់សាំងរួមបញ្ចូលគ្នា 4 វ៉ាឡង់ វ៉ាក់សាំងរួមបញ្ចូលគ្នា 5 វ៉ាឡង់ វ៉ាក់សាំងរួមបញ្ចូលគ្នា 6 វ៉ាឡង់

✔ 12-15 ខែ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺគ្រុនផ្តាសាយប្រភេទ b (Hib) លើកទី 4
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត (PCV) លើកទី 4
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងកញ្ជ្រឹល•ស្រឡរទែន•ស្ទូច (MMR) លើកទី 1
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺអុតស្វាយ (VAR) 1 ដង

✔ 12-23 ខែ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ A (HepA) លើកទី 1-2
- វ៉ាក់សាំងរលាកខួរក្បាលជប៉ុនអសកម្ម (IJEV) លើកទី 1-2
- វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកខួរក្បាលជប៉ុនសកម្ម (LJEV) លើកទី 1

✔ 15-18 ខែ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងរោគខាន់ស្លាក់ · តេតាណូស · រោគក្អកមាន់ (DTaP) លើកទី 4

✔ 24-35 ខែ
- វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកខួរក្បាលជប៉ុនអសកម្ម (IJEV) លើកទី 3
- វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកខួរក្បាលជប៉ុនសកម្ម (LJEV) លើកទី 2

국가예방접종
ការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់រដ្ឋ

កុមារ

អាយុ 4-6 ឆ្នាំ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងរោគខាន់ស្លាក់•តេតាណូស•រោគក្អកមាន់ (DTaP) លើកទី 5
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺស្វិតដៃជើង (IPV) លើកទី 4
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងកញ្ជ្រឹល•ស្រឡះទែន•ស្ទូច (MMR) លើកទី 2

អាយុ 6 ឆ្នាំ
- វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកខួរក្បាលជប៉ុនអសកម្ម (IJEV) លើកទី 4

អាយុ 11-12 ឆ្នាំ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងតេតាណូស · រោគខាន់ស្លាក់ រោគក្អកមាន់ (Tdap) លើកទី 6

អាយុ 12 ឆ្នាំ
- វ៉ាក់សាំងរលាកខួរក្បាលជប៉ុនអសកម្ម (IJEV) លើកទី 5

ក្មេងជំទង់ មនុស្សពេញវ័យ

ក្មេងជំទង់ស្រីដែលមានអាយុពី 12-17 ឆ្នាំ និងអ្នកមានប្រាក់ចំណូលទាប* ជាស្ត្រីអាយុ 18-26 ឆ្នាំ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារមេរោគតាមការរួមភេទ (human papillomavirus, HPV) លើកទី 1-2 ឬទី 1-3

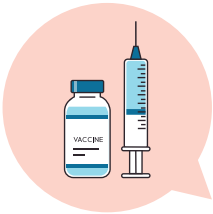
*ការបញ្ជាក់ពីការមានសិទ្ធិនៅថ្ងៃចាក់វ៉ាក់សាំងសម្រាប់អ្នកទទួលរបបសន្តិសុខជីវភាពមូលដ្ឋាន និងអ្នកជំងឺមានប្រាក់ចំណូលទាប និងមធ្យម (50% ឬប្រាក់ចំណូលមធ្យមទាបជាង) យោងតាម「ច្បាប់សន្តិសុខការរស់នៅមូលដ្ឋានជាតិ」

អាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺរលាកសួត (PPSV) 1 ដង

ក្រុមមានហានិភ័យខ្ពស់

ករណីក្រុមមានហានិភ័យខ្ពស់
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជំងឺគ្រុនពោះវៀន (ViCPS) 1 ដង (រៀងរាល់ 3 ឆ្នាំម្តង ប្រសិនបើចាំបាច់)
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងលើកទី 1-3 សម្រាប់ជំងឺគ្រុនឈាមដែលមានរោគសញ្ញាតម្រងនោម (HFRS)
- ការចាក់វ៉ាក់សាំងលើកទី 1-2 សម្រាប់ជំងឺអុតស្វា

ការចាក់វ៉ាក់សាំងតាមរដូវ



គ្រុនផ្តាសាយធំ
- ការចាក់វ៉ាក់សាំង 1 ដងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅអ្នកជំងឺមានផ្ទៃពោះ និងកុមារអាយុពី 6 ខែ-13 ឆ្នាំ*

*ការចាក់វ៉ាក់សាំង 2 ដង សម្រាប់កុមារអាយុក្រោម 9 ឆ្នាំ ដែលទទួលវ៉ាក់សាំងគ្រុនផ្តាសាយធំជាលើកដំបូង

COVID 19
- ការចាក់វ៉ាក់សាំង 1 ដងសម្រាប់អ្នកជំងឺដែលមានអាយុចាប់ពី 65 ឆ្នាំឡើងទៅ អ្នកជំងឺដែលមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ* អ្នកជំងឺសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យក្នុងកន្លែងងាយឆ្លងមេរោគ*

*ទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយ ការចាក់វ៉ាក់សាំង Pfizer 1-3 ដងឬការចាក់វ៉ាក់សាំង Moderna 1-2 ដងគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់ទារកដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ពី 6 ខែដល់ 4 ឆ្នាំដែលមិនទាន់បានចាក់វ៉ាក់សាំង ហើយការចាក់វ៉ាក់សាំង 1-2 ដងគឺត្រូវបានទាមទារសម្រាប់កុមារអាយុពី 5 ទៅ អាយុ 11 ឆ្នាំ។

어린이가 건강한 대한민국
សាធារណរដ្ឋកូរ៉េយកចិត្តទុកដាក់ថែទាំលើសុខភាពរបស់កូនអ្នក

질병관리청 Korea Disease Control and Prevention Agency

표준예방접종일정표 (2025)
កាលវិភាគសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងស្តង់ដារ (2025)

국가예방접종 National vaccinations

대상 감염병 គោលដៅសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងចំពោះជំងឺឆ្លង	백신 종류 및 방법 ប្រភេទ និងវិធីសាស្ត្រនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង	횟수 ជុំ	출생시 នៅពេលកើត	4주이내 ក្នុងរយៈពេល 4 សប្តាហ៍	1개월 1 ខែ	2개월 2 ខែ	4개월 4 ខែ	6개월 6 ខែ	12개월 12 ខែ	15개월 15 ខែ	18개월 18 ខែ	19~23개월 19 ទៅ 23 ខែ	24~35개월 24 ទៅ 35 ខែ	4세 អាយុ 4 ឆ្នាំ 6	6세 អាយុ 6 ឆ្នាំ 11	11세 អាយុ 11 ឆ្នាំ	12세 អាយុ 12 ឆ្នាំ
B형간염 ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B	HepB	3	HepB 1차 (HEPB ជុំទី 1)		HepB 2차 (HEPB ជុំទី 2)			HepB 3차 (HEPB ជុំទី 3)									
결핵 ជំងឺរបេង	BCG(피내용) BCG (ខាងក្នុងស្បែក)	1		BCG 1차 (BCG ជុំទី 1)													
디프테리아 ជំងឺខាន់ស្លាក់ 파상풍 ជំងឺតេតាណូស 백일해 ជំងឺក្អកមាន់	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP ជុំទី 1)	DTaP 2차 (DTaP ជុំទី 2)	DTaP 3차 (DTaP ជុំទី 3)		DTaP 4차 (DTaP ជុំទី 4)				DTaP 5차 (DTaP ជុំទី 5)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap ជុំទី 6)	
폴리오 ជំងឺគ្រុនស្វិតដៃជើង	IPV	4				IPV 1차 (IPV ជុំទី 1)	IPV 2차 (IPV ជុំទី 2)	IPV 3차 (IPV ជុំទី 3)						IPV 4차 (IPV ជុំទី 4)			
B형헤모필루스인플루엔자 ជំងឺរលាកស្រោមខួរប្រភេទ B	Hib	4				Hib 1차 (Hib ជុំទី 1)	Hib 2차 (Hib ជុំទី 2)	Hib 3차 (Hib ជុំទី 3)	Hib 4차 (Hib ជុំទី 4)								
폐렴구균 감염증 ការឆ្លងមេរោគហើមសួត	PCV	4				PCV 1차 (PCV ជុំទី 1)	PCV 2차 (PCV ជុំទី 2)	PCV 3차 (PCV ជុំទី 3)	PCV 4차 (PCV ជុំទី 4)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (ការចាក់វ៉ាក់សាំងធ្វើឡើងសម្រាប់តែក្រុមដែលមានហានិភ័យខ្ពស់តែប៉ុណ្ណោះ)				
로타바이러스 감염증 ការឆ្លងមេរោគរ៉ូតា	RV1	2				RV 1차 (RV ជុំទី 1)	RV 2차 (RV ជុំទី 2)										
	RV5	3				RV 1차 (RV ជុំទី 1)	RV 2차 (RV ជុំទី 2)	RV 3차 (RV ជុំទី 3)									
홍역 ជំងឺកញ្ជ្រឹល 유행성이하선염 ជំងឺស្រឡទែន 풍진 ជំងឺស្អូច	MMR	2							MMR 1차 (MMR ជុំទី 1)					MMR 2차 (MMR ជុំទី 1)			
수두 ជំងឺអុតស្វាយ	VAR	1							VAR 1차 (VAR ជុំទី 1)								
A형간염 ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ a	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA ជុំទី 1 និងទី 2)								
일본뇌염 ជំងឺរលាកខួរក្បាលជប៉ុន	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV ជុំទី 1 និងទី 2)				IJEV 3차 (IJEV ជុំទី 3)		IJEV 4차 (IJEV ជុំទី 3)		IJEV 5차 (IJEV 5th round)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV ជុំទី 1)				LJEV 2차 (LJEV ជុំទី 2)				
사람유두종바이러스 감염증 ការឆ្លងមេរោគឬសលើស្បែក	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV ជុំទី 1 និងទី 2)	
인플루엔자 គ្រុនផ្តាសាយធំ	IIV	–					IIV 매년 접종 (Annual IIV inoculation)										

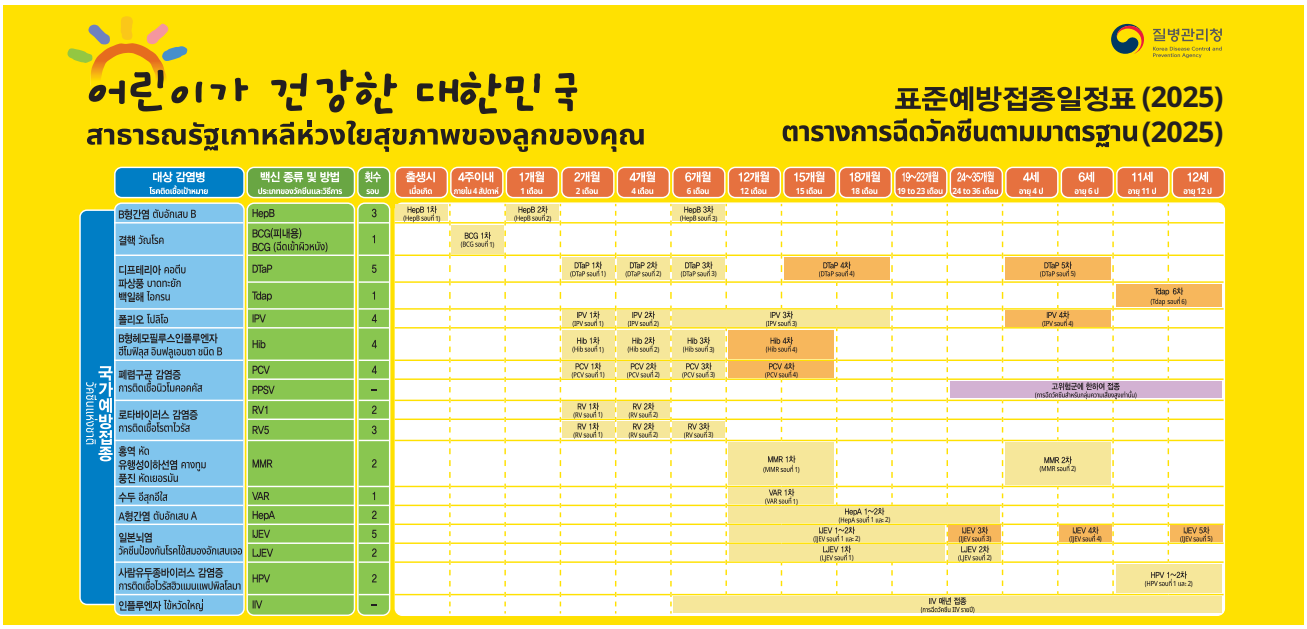
- គម្រោងចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់រដ្ឋ៖ គម្រោងឧបត្ថម្ភថ្លៃចាក់វ៉ាក់សាំងនៅមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ និងវិទ្យាស្ថានវេជ្ជសាស្ត្រជាប់កិច្ចសន្យាដែលមានវ៉ាក់សាំងដែលកំណត់ដោយប្រទេសទាក់ទងនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំងដែលឧបត្ថម្ភដោយរដ្ឋាភិបាលថ្នាក់ជាតិ និងរដ្ឋាភិបាលថ្នាក់មូលដ្ឋាន
- វ៉ាក់សាំង**DTaP, IPV និង Hib** អាចត្រូវបានចាក់ជាមួយនឹងវ៉ាក់សាំងរួមបញ្ចូលគ្នា **DTaP-IPV** (ជំងឺខាន់ស្លាក់ តេតាណូស·ក្អកមាន់·ជំងឺស្វិតដៃជើង) ឬ **DTaP-IPV/Hib** (រោគខាន់ស្លាក់ តេតាណូស·ក្អកមាន់·ជំងឺស្វិតដៃជើងជំងឺរលាកស្រោមខួរប្រភេទ b) ឬ **DTaP-IPV-Hib-HepB** (រោគខាន់ស្លាក់·តេតាណូស·ក្អកមាន់ជំងឺស្វិតដៃជើង·ជំងឺរលាកស្រោមខួរប្រភេទ b·ជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B) យោងតាមកាលវិភាគចាក់វ៉ាក់សាំង។

국가예방접종사업 안내

โครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนแห่งชาติ

การฉีดวัคซีนเป็นวิธีที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการปกป้องประชาชนจากโรคติดเชื้อที่ต้องได้รับวัคซีนและรัฐบาลก็สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนอย่างเต็มที่เพื่อให้สามารถฉีดวัคซีนได้ที่สถาบันทางการแพทย์ที่ได้รับความไว้วางใจในบริเวณใกล้เคียงโดยไม่มีภาระค่าใช้จ่าย

การฉีดวัคซีนแห่งชาติและตารางการฉีดวัคซีนมาตรฐาน



สถาบันการแพทย์ที่กำหนดที่ฉีดวัคซีนฟรี

- สถาบันการแพทย์ที่กำหนดสามารถค้นหาได้ผ่านเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน(https://nip.kdca.go.kr)
  * โปรดตรวจสอบชนิดวัคซีนที่สามารถฉีดได้ก่อนที่จะไปสถาบันการแพทย์ที่กำหนด
  * ข้อมูลสถาบันการแพทย์ที่กำหนดให้บริการเฉพาะภาษาเกาหลี
- หากการจดทะเบียนเกิดล่าช้าเกินหนึ่งเดือนเนื่องจากเหตุผลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้คุณสามารถรับการฉีดวัคซีนได้ฟรีหากคุณได้รับ “หมายเลขการจัดการชั่วคราว” สำหรับการฉีดวัคซีนจากศูนย์บริการสาธารณสุข
- ประวัติการฉีดวัคซีนของลูกที่ลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ที่สถาบันการฉีดวัคซีนสามารถดูได้จากเว็บไซต์ของผู้ช่วยการฉีดวัคซีน หากคุณยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โปรดไปที่ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ใกล้ที่สุด
  หรือสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนดเพื่อรับการฉีดวัคซีนฟรีหากคุณได้รับวัคซีนเสร็จแล้วแต่ไม่มีการลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ โปรดขอการลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์จากสถาบันการฉีดวัคซีน(ให้บริการเฉพาะภาษาเกาหลี)
- สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดตรวจสอบเว็บไซต์ของผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนหรือติดต่อเราทางโทรศัพท์

เว็บไซต์: https://nip.kdca.go.kr | เบอร์โทรศัพท์: 043-719-8398~8399 | สายด่วน ดานูรี: 1577-1366

คู่มือขั้นตอนการฉีดวัคซีน
(สำหรับผู้ปกครองของครอบครัวหลากวัฒนธรรม)

1. กรุณาอ่าน 'แบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน' ตามภาษาแม่ของคุณ และกรอกข้อมูลลงใน 'แบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน (เกาหลี)'

<ขั้นตอนปฏิบัติในการกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน>

① กรุณาระบุชื่อลูกของคุณเป็นภาษาเกาหลีหรืออังกฤษ

② กรุณาระบุหมายเลขทะเบียนผู้พำนัก (หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว) ของลูกของคุณ
หากลูกของคุณไม่มีหมายเลขทะเบียนผู้พำนัก (หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว) กรุณาระบุ 'หมายเลขการจัดการชั่วคราว' ที่ออกให้โดยศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกัน

③ หากวันเกิดของลูกของคุณในทะเบียนผู้พำนักแตกต่างจากวันเกิดจริงของลูก กรุณาระบุวันเกิดจริงไว้ในกล่องข้อความที่ระบุไว้
※ ตารางการฉีดวัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันของลูกของคุณจะถูกกำหนดตามวันเกิดจริงของเด็ก หากวันเกิดจริงของลูกของคุณแตกต่างจากวันเกิดที่ระบุในทะเบียนผู้พำนัก กรุณาอัปเดตวันเกิดที่ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียง พร้อมนำเอกสารที่จำเป็นไปด้วย (ใบรับรองการเกิด ฯลฯ)

④ หากลูกของคุณป่วย กรุณาระบุอาการดังต่อไปนี้:

1. ไข้	2. ไอ	3. เจ็บคอ	4. ท้องร่วง	5. ปวดท้อง
6. อาเจียน	7. ปวดศีรษะ	8. อ่อนเพลีย	9. อื่นๆ	

■ **กรุณาจดจำข้อมูลต่อไปนี้ เมื่อกรอกข้อมูลลงใน 'แบบสอบถามเพื่อตรวจคัดกรองการฉีดวัคซีน'!**
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้ทำเครื่องหมายที่ 'ยินยอมที่จะเปิดเผยหมายเลขโทรศัพท์มือถือและรับข้อความสั้น'
- กรุณาระบุภาษาที่คุณต้องการรับข้อมูล
- คุณจะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับ 'ชื่อของการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและวันที่ฉีดวัคซีน' ตามภาษาที่เลือกไว้
- เมื่อเลือกภาษาของคุณ ให้ลงทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้ที่ดูแลลูกของคุณคนอื่นเพื่อให้ได้รับข้อมูล 'วันที่ฉีดวัคซีนครั้งต่อไป' ที่จะส่งไปตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ด้วย

2. กรุณารอหน้าห้องตรวจจนกว่าจะเรียกชื่อลูกของคุณ

3. (ก่อนฉีดวัคซีน) ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนที่ผ่านมาของลูกของคุณ เพื่อดูว่าเคยฉีดวัคซีนเหมือนกันหรือไม่
※ หมอที่ตรวจคัดกรองสามารถสอบถามประวัติการฉีดวัคซีนที่ผ่านมาของลูกของคุณได้ผ่านระบบคอมพิวเตอร์
※ หากคุณมีใบรับรองการได้รับวัคซีนหรือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่ระบุประวัติการฉีดวัคซีนของลูก ให้แสดงต่อหมอที่ตรวจคัดกรอง

4. (ก่อนฉีดวัคซีน) ตั้งใจฟังข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนและปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้หมออธิบายอย่างละเอียด
※ หากภาษาเกาหลีเป็นเรื่องยาก ขอให้หมอพิมพ์ 'ประกาศการฉีดวัคซีน (VIS)' ที่เขียนเป็นภาษาแม่ของคุณ และอ่านอย่างละเอียดเกี่ยวกับ 'ข้อควรระวังและปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน'

5. (เมื่อฉีดวัคซีน) เพื่อให้แน่ใจว่าหมอสามารถฉีดวัคซีนได้อย่างปลอดภัย หากเด็กยังเด็ก ผู้ปกครองจะให้เด็กนั่งที่ต้นขาและโอบร่างกายส่วนบนของเด็กไว้ด้วยแขนข้างหนึ่ง

6. (เมื่อฉีดวัคซีน) ตั้งใจฟังข้อควรระวังก่อนและหลังการฉีดวัคซีนอย่างละเอียด ก่อนที่ลูกจะได้รับการฉีดวัคซีน

7. (หลังฉีดวัคซีน) กำหนดวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไปของลูกโดยปรึกษากับหมอ

8. (หลังฉีดวัคซีน) กรุณาอยู่ที่โรงพยาบาลต่ออีก ๒๐ ถึง ๓๐ นาที และสังเกตลูกเพื่อตรวจสอบปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์

9. (ที่บ้าน) ดูแลตรวจสอบอาการเด็กอย่างระมัดระวังต่ออีกอย่างน้อย ๓ ชั่วโมง หากเด็กเกิดไข้สูงหรือแสดงอาการทางร่างกายที่ผิดปกติ ให้พบแพทย์ทันที

※ หากคุณต้องการล่ามที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน โปรดติดต่อสายด่วน ดาบูรี (๑๕๗๗-๑๓๖๖)

แบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

เพื่อความปลอดภัยในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค กรุณาอ่านและตอบคำถามด้านล่าง
และเซ็นต์เพื่อยินยอมในช่องยืนยันความเป็นเจ้าตัว (ตัวแทนตามกฎหมาย,ผู้ปกครอง)ชื่อสกุล

ชื่อสกุล		หมายเลขประจำตัว	-	(☐ ชาย ☐ หญิง)
วนั เดือนปีเกิด		หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว	-	(☐ ชาย ☐ หญิง)
เบอร์โทร	(บ้าน) (มือถือ)		น้ำหนัก	kg

การยินยอมในการดูแลจัดการข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	การยืนยันตัวตน ☑
กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาตรา 32 และกฎหมายบังคับใช้ที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 32 ข้อ 2 ทางหน่วยงานได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลขประจำตัวประชาชนและรายการเพิ่มเติมด้านล่าง ① วัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้เพื่อส่งข้อมูลและบริการแจ้งเตือนข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและการสิ้นสุดการฉีดวัคซีนที่จำเป็น หลังจากฉีดวัคซีนแล้วเกิดอาการผิดปกติหรือไม่ ② รายการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ข้อมูลส่วนบุคคล(ข้อมูลส่วนตัว รวมถึงหมายเลขบัตรประชาชน) เบอร์โทร(บ้าน/มือถือ) ③ ระยะเวลาในการเก็บและใช้งาน: 5 ปี	
ตามมาตรา 26-2 ของ "พระราชบัญญัติป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ" ฉันยินยอมให้ยืนยันรายละเอียดการฉีดวัคซีนล่วงหน้าของบุคคลที่เข้ารับการฉีดวัคซีนผ่านระบบการจัดการการฉีดวัคซีนแบบบูรณาการก่อนการฉีดวัคซีน * หากคุณไม่ยินยอมให้ยืนยันรายละเอียดการฉีดวัคซีนล่วงหน้า ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์อาจขอรายละเอียดการฉีดวัคซีนเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคคลที่มีสิทธิ์รับการฉีดวัคซีนจะต้องปฏิบัติตาม เว้นแต่จะมีเหตุผลพิเศษ	☐ใช่ ☐ไม่
ฉันยินยอมที่จะรับข้อมูลผ่านข้อความและแอปมือถือเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและการเสร็จสิ้นการฉีดวัคซีนของฉัน * หากคุณไม่ยินยอมรับการแจ้งเตือน คุณจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายการที่คุณไม่ยินยอม	☐ใช่ ☐ไม่
ฉันยินยิมที่จะรับการแจ้งเตือนผ่านทางข้อความและแอปมือถือเกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน * หากคุณไม่ยินยอมรับการแจ้งเตือน คุณจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายการที่คุณไม่ยินยอม	☐ใช่ ☐ไม่

ข้อมูลการยืนยันสำหรับผู้ที่เข้าเกณฑ์การฉีดวัคซีน	การยืนยันตัวตน ☑
1. ล่าสุด ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับวัคซีนป้องกันแล้วหรือไม่ หากมีกรุณากรอกชื่อวัคซีน ( )	☐ใช่ ☐ไม่
2. คุณเคยมีอาการแพ้เป็นผื่นหรือลมพิษหลังจากที่มีการฉีดวัคซีนหรือไม่ หากมีกรุณากรอกอาการแพ้และชื่อวัคซีน ( )	☐ใช่ ☐ไม่
3. วันนี้คุณมีอาการเจ็บบริเวณไหนหรือไม่ กรุณาบอกอาการเจ็บ ( )	☐ใช่ ☐ไม่
4. (สตรี) ปัจจุบันคุณกำลังตั้งครรภ์หรือคาดว่าจะมีการตั้งครรภ์ใน เดือนถัดไปหรือไม่	☐ใช่ ☐ไม่
5. คุณเคยมีอาการลมพิษหรืออาการแพ้ (เช่น ผื่น ภูมิแพ้: ช็อค หายใจลำบาก หมดสติ ริมฝีปาก/ปากบวม ฯลฯ) เนื่องจากยา อาหาร (เช่น ไข่) หรือการฉีดวัคซีนหรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่
6. คุณเป็นมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันหรือไม่? ถ้ามีกรุณาเขียนชื่อโรค ( )	☐ใช่ ☐ไม่
7. ล่าสุด ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ ยาต้านมะเร็ง หรือการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่	☐ใช่ ☐ไม่
8. ล่าสุด ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยได้รับการถ่ายเลือดหรืออิมมูโนโกลบูลินหรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่
9. (โควิด-19) คุณกำลังป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดหรือรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่? หากมีกรุณาเขียนชื่อโรคหรือชนิดของยา ( )	☐ใช่ ☐ไม่
10. คุณเคยมีอาการชักหรือมีความผิดปกติของระบบประสาททางสมองอื่นๆ (รวมถึงกลุ่มอาการโรคกิลแลง-บาร์เร) หรือไม่?	☐ใช่ ☐ไม่
11. คุณเคยได้รับการตรวจหรือรักษาความผิดปกติแต่กำเนิด โรคหอบหืด โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ เบาหวาน โรคต่อมไร้ท่อ หรือโรคเลือด (นอกเหนือจากความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด) หรือไม่ หากมีกรุณาเขียนชื่อโรค ( )	☐ใช่ ☐ไม่
ข้าพเจ้า ยืนยันที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังจากได้รับการตรวจและฟังคำอธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติจากแพทย์แล้ว เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย ผู้ปกครอง) (ลายเซ็นต์) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับวัคซีน * กรณีที่ผู้รับวัคซีนเป็นเด็กทารกที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด กรุณากรอกหมายเลขประจำตัวประชาชนของตัวแทนตามกฎหมาย ปี เดือน วัน	

ผลการตรวจสอบของแพทย์ก่อนรับวัคซีน (บันทึกของแพทย์)		ยืนยัน ☑
อุณหภูมิร่างกาย : ℃	ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีนแล้ว	☐
‘ ได้อธิบายเกี่ยวกับ การตรวจสอบอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีน ประมาณ 20~30 นาที ก่อนที่จะออกจากหน่วยงานที่ได้มีการรับวัคซีน’แล้ว		☐
ผลการตรวจ :		
ผลจากการตรวจเช็คสภาพร่างกายแล้วสามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้ ชื่อแพทย์ : (ลายเซ็นต์)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. กรุณาตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของลูกของคุณ

กรุณาตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของลูกของคุณ

1. การลงทะเบียนทางอิเล็กทรอนิกส์จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน และลดค่าใช้จ่ายและการฉีดวัคซีนเพิ่มเติมที่ไม่จำเป็นลง

2. สามารถดูประวัติการฉีดวัคซีนของลูกของคุณได้ทางเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน

○ ลงชื่อเข้าระบบที่เว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน (https://nip.kdca.go.kr) และลงทะเบียนข้อมูลลูกของคุณเพื่อดูประวัติการฉีดวัคซีนของลูก

- **(ลงทะเบียนลูกของคุณ)** ลงชื่อเข้าระบบในเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน → [จัดการการฉีดวัคซีน] → [จัดการการฉีดวัคซีนของลูกของฉัน] → [ลงทะเบียนข้อมูลลูกของคุณ]
- **(ดูประวัติการฉีดวัคซีนของลูก)** ลงชื่อเข้าระบบในเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน → [จัดการการฉีดวัคซีน] → [จัดการการฉีดวัคซีนของลูกของฉัน] → [ดูประวัติการฉีดวัคซีนของลูกของฉัน]

※ หากคุณไม่เห็นประวัติการฉีดวัคซีนของลูกในเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน กรุณาขอให้สถาบันการแพทย์ที่ให้บริการฉีดวัคซีนลงทะเบียนประวัติการฉีดวัคซีนให้ลูกของคุณทางอิเล็กทรอนิกส์

※ บันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีน' มีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถจัดการประวัติการฉีดวัคซีนของเด็ก ไม่สามารถยื่นบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนแทนที่ 'ใบรับรองการฉีดวัคซีน' ได้

3. สามารถออก 'ใบรับรองการฉีดวัคซีน' ได้ทางออนไลน์โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (ภาษาเกาหลีหรืออังกฤษ)

○ ลงชื่อเข้าในเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีน → [จัดการการฉีดวัคซีน] → [บริการทางอิเล็กทรอนิกส์] → [ใบรับรองการฉีดวัคซีน]

4. ลงชื่อเพื่อรับการแจ้งเตือนให้พาลูกมารับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปทางข้อความสั้น

○ ลงทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์ของคุณ (ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย) ไว้กับสถาบันการแพทย์ที่ให้การฉีดวัคซีน เพื่อรับการแจ้งเตือนให้พาลูกมารับการฉีดวัคซีนที่กำหนดครั้งต่อไป

○ หากคุณต้องการรับข้อมูลดังกล่าวเป็นภาษาแม่ กรุณาติดต่อสถาบันการแพทย์ที่ให้บริการฉีดวัคซีน คุณจะได้รับการแจ้งเตือนทางข้อความสั้น ที่เป็นภาษาเกาหลีและภาษาแม่ของคุณ

-เมื่อเลือกภาษาของคุณ ให้ลงทะเบียนหมายเลขโทรศัพท์มือถือของผู้ให้การดูแลลูกของคุณคนอื่นเพื่อให้ได้รับข้อมูล 'วันที่ฉีดวัคซีนครั้งต่อไป' ที่จะส่งไปตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ให้ไว้ด้วย

* ภาษาที่ให้บริการ (12): เนปาล ลาว รัสเซีย มองโกเลีย เวียดนาม อังกฤษ อุซเบก ญี่ปุ่น จีน เขมร ตากาล็อก

กรุณาขอใบรับรองการฉีดวัคซีน หากกลับมาที่เกาหลีหลังจากพักอาศัยในประเทศอื่น

หากลูกของคุณรับการฉีดวัคซีนจากในต่างประเทศ กรุณาขอ 'ใบรับรองการฉีดวัคซีนเป็นภาษาอังกฤษ' หรือ 'เอกสารที่มีลายเซ็นหรือตราประทับที่เป็นทางการของสถาบันการแพทย์ที่ให้บริการฉีดวัคซีน' ก่อนเดินทางกลับมาที่เกาหลี กรุณาขอให้ศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้เคียงของคุณลงทะเบียนเอกสารดังกล่าวทางอิเล็กทรอนิกส์

เพื่อปกป้องสุขภาพของนักเรียนและเด็กๆ และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ สาธารณรัฐเกาหลีจึงกำหนดให้นักเรียนที่กำลังเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียนประถม หรือมัธยมศึกษาตอนต้น จะต้องยื่นใบรับรองการฉีดวัคซีน เพื่อให้แน่ใจว่า*นักเรียนทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนที่กำหนดครบถ้วนแล้ว

นักเรียนที่มีประวัติการฉีดวัคซีนครบถ้วนอยู่ในเว็บไซต์ผู้ช่วยการฉีดวัคซีนไม่จำเป็นต้องส่ง <ใบรับรองการฉีดวัคซีน> ไปที่โรงเรียน

* หลักพื้นฐานกฎหมาย: มาตราที่ ๓๑ ของกฎหมายป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ มาตราที่ ๑๐ ของกฎหมายอนามัยในโรงเรียน และมาตราที่ 31 ของกฎหมายว่าด้วยการดูแลเด็ก

국가예방접종
การฉีดวัคซีนแห่งชาติ

เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ รัฐบาลสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนอย่างเต็มที่และสนับสนุนให้ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีน และสามารถรับการฉีดวัคซีนได้ฟรีที่สถาบันการแพทย์ที่จำหน่ายสินค้าในบริเวณใกล้เคียงและศูนย์สาธารณสุข

ประเภทของการฉีดวัคซีนที่แนะนำตามอายุและระยะเวลา

ประเภทของการฉีดวัคซีนที่สามารถทำได้อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถาบันทางการแพทย์หรือศูนย์สาธารณสุขที่ได้รับความไว้วางใจ ดังนั้นจึงต้องมีการยืนยันก่อนไปเยี่ยมชม

ระยะเวลาทารกแรกเกิด

เมื่อแรกเกิด
- โรคตับอักเสบบี (HepB) ครั้งที่ 1

1 เดือน
- วัณโรค (BCG, เข้าผิวหนัง) หนึ่งครั้ง (ภายใน 4 สัปดาห์)
- โรคตับอักเสบบี (HepB) ครั้งที่ 2

ช่วงทารกและเด็กเล็ก

2, 4, 6 เดือน
- โรคคอตีบ·บาดทะยัก·ไอกรน (DTaP) วันที่ 1-3*
- โปลิโอ (IPV) ที่ 1 ถึง 3*
- เชื้อฮีโมฟิลุส อินฟลูเอนซา ประเภท b (Hib) ครั้งที่ 1 ถึง 3*
- การติดเชื้อปอดบวม (PCV) อันดับที่ 1 ถึง 3
- การติดเชื้อโรตาไวรัส (RV) อันดับที่ 1 ถึง 3
- ไวรัสตับอักเสบบี (HepB) ครั้งที่ 3*

*สามารถให้ในรูปแบบวัคซีนผสม 4 วาเลนต์ วัคซีนผสม 5 วาเลนต์ หรือวัคซีนผสม 6 วาเลนต์

12-15 เดือน
- เชื้อฮีโมฟิลุส อินฟลูเอนซา ประเภท b (Hib) ครั้งที่ 4
- การติดเชื้อปอดบวม (PCV) ครั้งที่ 4
- โรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) รอบที่ 1
- อีสุกอีใส (VAR) 1 ครั้ง

12-23 เดือน
- โรคตับอักเสบเอ (HepA) อันดับที่ 1 และ 2
- วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่น (IJEV) เข็มที่ 1 และ 2
- วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่นลดทอนเมตาบอไลต์ (LJEV) รอบที่ 1

15-18 เดือน
- โรคคอตีบ·บาดทะยัก·ไอกรน (DTaP) รอบที่ 4

24-35 เดือน
- วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่น (IJEV) เข็มที่ 3
- วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่นลดทอนเมตาบอไลต์ (LJEV) รอบที่ 2

국가예방접종
การฉีดวัคซีนแห่งชาติ

วัยเด็ก

อายุ 4 ถึง 6 ปี
- โรคคอตีบ·บาดทะยัก·ไอกรน (DTaP) รอบที่ 5
- โปลิโอ (IPV) ที่ 4
- โรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) รอบที่ 2

อายุ 6 ปี
- วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่น (IJEV) เข็มที่ 4

อายุ 11 ถึง 12 ปี
- บาดทะยัก คอตีบ ไอกรน (Tdap) รอบ 6

อายุ 12 ปี
- วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบญี่ปุ่น (IJEV) เข็มที่ 5

เยาวชน ผู้ใหญ่

วัยรุ่นหญิงอายุ 12 ถึง 17 ปี และผู้หญิงที่มีรายได้น้อย* อายุ 18 ถึง 26 ปี
- การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพพพิลโลมา (HPV) อันดับที่ 1 ถึง 2 หรือ 1 ถึง 3

*การยืนยันสิทธิในวันที่ฉีดวัคซีนสำหรับผู้รับหลักประกันการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานและชนชั้นล่างถัดไป (50% หรือน้อยกว่าของรายได้เฉลี่ย) ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานแห่งชาติ

65 ปีขึ้นไป
- 1 การติดเชื้อปอดบวม (PPSV)

กลุ่มเสี่ยงสูง

กลุ่มเสี่ยงสูง
- ไข้ไทฟอยด์ (ViCPS) หนึ่งครั้ง (ทุกๆ 3 ปีตามความจำเป็น)
- ไข้เลือดออกที่มีภาวะไตอักเสบ (HFRS) ครั้งที่ 1 ถึง 3
- ม็อกซ์ที่ 1-2

การฉีดวัคซีนตามฤดูกาล

ไข้หวัดใหญ่
- อายุ 65 ปีขึ้นไป สตรีมีครรภ์ เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 13 ปี* หนึ่งครั้ง

*หากเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ครั้งแรก ให้ฉีด 2 โดส

โควิด 19
- อายุมากกว่า 65 ปี มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง* เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออาศัยอยู่ในสถานพยาบาลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ* 1 ครั้ง

*อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 6 เดือนถึง 4 ปีที่ยังฉีดวัคซีนไม่ครบก่อนหน้านี้ จำเป็นต้องฉีดวัคซีนไฟเซอร์สำหรับทารก 1 ถึง 3 ครั้ง หรือวัคซีน Moderna 1 ถึง 2 ครั้ง และสำหรับผู้ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี จำเป็นต้องมีวัคซีน1 ถึง 2 ครั้ง

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국

สาธารณรัฐเกาหลีห่วงใยสุขภาพของลูกของคุณ

표준예방접종일정표 (2025)

ตารางการฉีดวัคซีนตามมาตรฐาน (2025)

국가예방접종 วัคซีนแห่งชาติ

대상 감염병 โรคติดเชื้อเป้าหมาย	백신 종류 및 방법 ประเภทของวัคซีนและวิธีการ	횟수 รอบ	출생시 เมื่อเกิด	4주이내 ภายใน 4 สัปดาห์	1개월 1 เดือน	2개월 2 เดือน	4개월 4 เดือน	6개월 6 เดือน	12개월 12 เดือน	15개월 15 เดือน	18개월 18 เดือน	19~23개월 19 to 23 เดือน	24~35개월 24 to 36 เดือน	4세 อายุ 4 ป	6세 อายุ 6 ป	11세 อายุ 11 ป	12세 อายุ 12 ป
B형간염 ตับอักเสบ B	HepB	3	HepB 1차 (HepB รอบที่ 1)		HepB 2차 (HepB รอบที่ 2)			HepB 3차 (HepB รอบที่ 3)									
결핵 วัณโรค	BCG(피내용) BCG (ฉีดเข้าผิวหนัง)	1		BCG 1차 (BCG รอบที่ 1)													
디프테리아 คอตีบ 파상풍 บาดทะยัก 백일해 ไอกรน	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP รอบที่ 1)	DTaP 2차 (DTaP รอบที่ 2)	DTaP 3차 (DTaP รอบที่ 3)		DTaP 4차 (DTaP รอบที่ 4)				DTaP 5차 (DTaP รอบที่ 5)			
	Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap รอบที่ 6)	
폴리오 โปลิโอ	IPV	4				IPV 1차 (IPV รอบที่ 1)	IPV 2차 (IPV รอบที่ 2)	IPV 3차 (IPV รอบที่ 3)						IPV 4차 (IPV รอบที่ 4)			
B형헤모필루스인플루엔자 ฮีโมฟิลุส อินฟลูเอนซา ชนิด B	Hib	4				Hib 1차 (Hib รอบที่ 1)	Hib 2차 (Hib รอบที่ 2)	Hib 3차 (Hib รอบที่ 3)	Hib 4차 (Hib รอบที่ 4)								
폐렴구균 감염증 การติดเชื้อนิวโมคอคคัส	PCV	4				PCV 1차 (PCV รอบที่ 1)	PCV 2차 (PCV รอบที่ 2)	PCV 3차 (PCV รอบที่ 3)	PCV 4차 (PCV รอบที่ 4)								
	PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (การฉีดวัคซีนสำหรับกลุ่มความเสี่ยงสูงเท่านั้น)				
로타바이러스 감염증 การติดเชื้อโรตาไวรัส	RV1	2				RV 1차 (RV รอบที่ 1)	RV 2차 (RV รอบที่ 2)										
	RV5	3				RV 1차 (RV รอบที่ 1)	RV 2차 (RV รอบที่ 2)	RV 3차 (RV รอบที่ 3)									
홍역 หัด 유행성이하선염 คางทูม 풍진 หัดเยอรมัน	MMR	2							MMR 1차 (MMR รอบที่ 1)					MMR 2차 (MMR รอบที่ 2)			
수두 อีสุกอีใส	VAR	1							VAR 1차 (VAR รอบที่ 1)								
A형간염 ตับอักเสบ A	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA รอบที่ 1 และ 2)								
일본뇌염 วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบเจอ	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV รอบที่ 1 และ 2)				IJEV 3차 (IJEV รอบที่ 3)		IJEV 4차 (IJEV รอบที่ 4)		IJEV 5차 (IJEV รอบที่ 5)
	LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV รอบที่ 1)				LJEV 2차 (LJEV รอบที่ 2)				
사람유두종바이러스 감염증 การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV รอบที่ 1 และ 2)	
인플루엔자 ไข้หวัดใหญ่	IIV	–						IIV 매년 접종 (การฉีดวัคซีน IIV รายปี)									

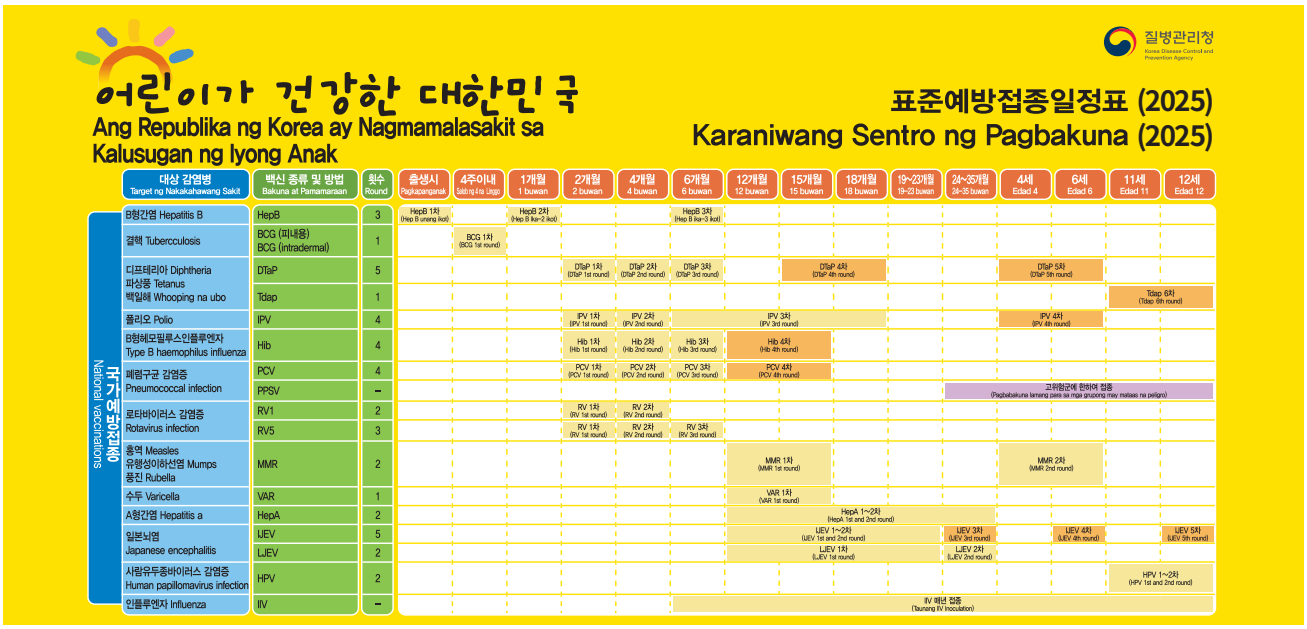
- โครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนเด็กแห่งชาติ: โครงการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนเมื่อรัฐบาลระดับชาติและระดับท้องถิ่นอุดหนุนการฉีดวัคซีนที่ศูนย์สาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฝากขายด้วยวัคซีนที่รัฐบาลกำหนด
- วัคซีน DTap, IPV, Hib ได้แก่ DTaP-IPV (โรคคอตีบ·บาดทะยัก·ไอกรน·โปลิโอ) หรือ DTap-IPV/Hib (โรคคอตีบ·บาดทะยัก·ไอกรน·โปลิโอ·Haemophilus influenzae type b) หรือ มีวัคซีนรวม DTap-IPV-Hib-HepB (คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน โปลิโอ Haemophilus influenzae type b ตับอักเสบบี)

국가예방접종사업 안내

Gabay para sa mga Pambansang Proyekto sa Pagbabakuna

Ang pagbabakuna ay ang pinakaepektibong paraan para maprotektahan ang mga mamamayan sa mga nakakahawang sakit, kaya magbibigay ang bansa ng buong subsidiya sa lahat ng gastos para sa pagbabakuna sa mga kalapit na kinontratang medikal na institusyon.

≫ Mga Bakuna para sa Pambansang Pagbabakuna at Karaniwang Iskedyul ng Pagbabakuna



≫ Mga Kinontratang Medikal na Institusyon na Nag-aalok ng Libreng Bakuna

- Maaari mong tingnan ang mga kinontratang medikal na institusyon sa website ng Katulong sa Pagbabakuna (https://nip.kdca.go.kr).
  * Pakisuri ang mga available na uri ng bakuna bago bumisita sa kinontratang medikal na institusyon.
  * Ang impormasyon sa mga kinontratang medikal na institusyon ay ibinibigay sa wikang Korean.

- Kung ang naantala ang pagpaparehistro ng kapanganakan nang higit sa 1 buwan dahil sa hindi maiiwasang dahilan, makukuha ang libreng bakuna sa pamamagitan ng pag-iisyu ng “pansamantalang kontrol na numero” para sa pagbabakuna sa isang pampublikong sentro ng kalusugan.

- Ang mga rekord ng pagbabakuna na nakarehistro sa elektronikong paraan sa mga institusyon ng pagbabakuna ay maaaring makita sa website ng Katulong sa Pagbabakuna. Kung hindi mo pa nakumpleto ang pagbabakuna, bisitahin ang pinakamalapit na pampublikong sentro ng kalusugan o kinontratang medikal na institusyon para sa libreng bakuna. Kung nawawala ang elektronikong pagpaparehistro pagkatapos matanggap ang pagbabakuna, mangyaring humiling ng elektronikong rehistro sa institusyong nagbakuna (wikang Korean lang ang sinusuportahan).

- Kung mayroon pang katanungan, maaring suriin sa Vaccine Assistant website o sa mobile app o di kaya tumawag.

Nurijib: https://nip.kdca.go.kr | Telepono: 043-719-8398~8399 | Danuri helpline: 1577–1366

Gabay sa Iskedyul ng Pagpabakuna
(para sa guardian ng multikultural na pamilya)

1. Mangyaring basahin ang 'Talatanungan ng Screening sa Pagpabakuna' sa iyong katutubong wika at punan ang '(Korean) na Talatanungan ng Screening sa Pagpabakuna.'

〈Mga tagubilin para sa pagpuno ng Talatanungan ng Screening sa Pagpabakuna〉

① Mangyaring sabihin ang pangalan ng iyong anak sa Korean o Ingles.

② Mangyaring sabihin ang numero ng pagpaparehistro ng residente ng iyong anak (numero ng pagpaparehistro ng dayuhan). Kung ang iyong anak ay walang numero ng pagpaparehistro bilang residente (alien registration number), mangyaring sabihin ang Temporary Management Number na inisyu ng pampublikong sentro ng kalusugan para sa pagbabakuna.

③ Kung ang petsa ng kapanganakan ng iyong anak ay iba sa naisulat sa Resident Register mula sa kanyang aktwal na petsa ng kapanganakan, mangyaring sabihin ang aktwal na petsa ng kapanganakan ng iyong anak sa kahon na ipinahiwatig.

※ Ang iskedyul ng pagpabakuna ng iyong anak ay tutukuyin batay sa aktwal na petsa nga kanyang kapanganakan . Kung ang aktwal na petsa ng kapanganakan ng iyong anak ay iba sa petsa ng nakasaad sa Resident Register, mangyaring i-update ang petsa ng kapanganakan sa isang malapit na pampublikong sentro ng kalusugan kasama ang kinakailangang dokumentasyon (Birth Certificate, atbp.).

④ Kung ang iyong anak ay maysakit ngayon, mangyaring sabihin ang mga sintomas tulad ng mga sumusunod:

1. Lagnat	2. Ubo	3. Sakit sa lalamunan	4. Pagtatae	5. Sakit ng tiyan
6. Pagsusuka	7. Sakit ng Ulo	8. Panghihina	9. Iba pa	

■ Tandaan ang sumusunod kapag pinupunan ang 'Talatanungan ng Screening sa Pagpabakuna'!
- Siguraduhin na markahan ang 'Pahintulutang ibunyag ang numero ng mobile na telepono at makatanggap ng mga mensahe.'
- Mangyaring sabihin ang wika na gagamitin sa pagtanggap mo ng impormasyon.
- Bibigyan ka ng impormasyon sa 'pangalan ng susunod na pagpabakuna at petsa ng pagbabakuna ' sa napiling wika.
- Kapag pumipili ng iyong wika, iparehistro ang numero ng mobile na telepono ng iba pang tagapag-alaga ng iyong anak upang makatanggap ng impormasyon sa 'susunod na petsa ng pagbabakuna' sa ibinigay na numero ng mobile na telepono.

2. Maangyaring maghintay sa harap ng silid ng pagsusulit hanggang ang pangalan ng iyon anak ay tawagain.
3. (Sa hindi pa ang pagbabakuna) Mangyaring suriin ang kasaysayan ng pagpabakuna ng iyong anak at siguraduhin na hindi sila nakatanggap ng parehong bakuna sa nakaraan.
   ※ Maaaring tingnan ng manggagamot na nag screen ang mga nakaraang pagpabakuna ng iyong anak sa pamamagitan ng sistema sa computer.
   ※ Kung mayroon kang sertipikasyon ng pagbakuna o log ng sanggol na nagsasabi ng kasaysayan ng pagbakuna ng iyong anak, mangyaring ipakita ito sa mangagamot na nag screen.
4. (Bago ang pagpabakuna) Mangyaring makinig nang mabuti habang ipinapaliwanag ng manggagamot na nag screen ng bakuna at posibleng mga masamang reaksyon.
   ※ Kung nahihirapan kang umintindi ng Korean, mangyaring sabihin sa nag screen na manggagamot na mag printa ng kopya ng 'Sheet ng Impormasyon sa Pagbakuna' sa iyong katutubong wika. Mangyaring basahin nang mabuti ang 'Pag-iingat Pagkatapos ng Pagbabakuna at Masamang mga Reaksyon'.
5. (Sa panahon ng pagbakuna) Kung ang iyong anak ay isang sanggol, mangyaring ipaupo siya sa iyong kandungan at ibalot ang iyong isang braso sa paligid ng katawan ng iyong anak upang matulungan ang manggagamot na pangasiwaan ang bakuna nang ligtas.
6. (Sa panahon ng pagbabakuna) Tiyaking alam mo ang mga pag-iingat bago at matapos ng pagbabakuna bago mabakunahn ang iyong anak.
7. (Pagkatapos ng pagbakuna) kumunsulta sa manggagamot na nag screen upang magpasya sa susunod na petsa ng pagpabakuna para sa iyong anak.
8. (After vaccination) Please remain at the hospital for 20 to 30 minutes and observe your child for any adverse reactions
9. (Sa bahay) Mangyaring subaybayan nang mabuti ang iyong anak nang hindi bababa sa 3 oras para sa mga sintomas. Kung ang iyong anak ay may mataas na lagnat o nagpapakita ng anumang hindi pangkaraniwang pisikal na sintomas, humingi kaagad ng medikal na atensyon.

※ Kung kinakailangan mo ng mga serbisyong pagpaliwanag para sa pagbakuna, mangyaring tawagan ang Danuri Call Center (1577-1366)

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.	- (☐ Lalake ☐ Babae)		
Petsa ng Kapanganakan (YYYY.MM.DD)		Alien Registration Card No.	- (☐ Lalake ☐ Babae)		
Telepono	(Bahay) (Cellphone)			Timbang	kg

Pahintulot para sa Paglalabas ng Personal na Impormasyon sa Pagbabakuna	Kumpirmasyon mula sa Pasyente ☑
Kinokolekta namin ang personal na impormasyon kabilang ang Numero ng Rehistro ng Dayuhan at Sensetibong Impormasyon alinsunod sa Artikulo 32 ng "Batas sa Pag-iwas at Pagkontrol ng Nakakahawang Sakit" at ang Artikulo 32-3 ng "Utos sa Pagpapatupad ng Batas sa Pag-iwas at Pagkontrol ng Nakakahawang Sakit." ① Layunin ng pagkolekta at paggamit: Para magbigay ng mga text message at push notification sa pamamagitan ng mobile app tungkol sa susunod na dosis ng bakuna, kung nakumpleto na ang protocol ng pagbabakuna, at kung may napansing masamang epekto ng bakuna. ② Data na kokolektahin at gagamitin: Personal na data (kabilang ang Sensitibong Impormasyon at Numero ng Rehistro ng Dayuhan) at numero ng telepono (bahay/mobile) ③ Haba ng panahong iingatan: 5 taon	
Sa pamamagitan nito, pinahihintulutan ko ang tagapagbigay ko ng pangangalagang pangkalusugan na i-access ang mga rekord ng bakuna ko o ng aking anak/ward sa Sistema ng Pagrerehistro ng Impormasyon sa Pagbabakuna kung kailangan nila sa ilalim ng Artikulo 26-2 ng "Batas sa Pag-iwas at Pagkontrol ng Nakakahawang Sakit." * Kung hindi ka pumayag, maaaring hilingin ng tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ang kasaysayan ng bakuna mo nang nakasulat at dapat mong sundin ito nang walang kondisyon maliban kung may mga espesyal na isyu.	☐ Oo ☐ Hindi
Sumasang-ayon akong tumanggap ng mga text message o mga push notification sa mobile app tungkol sa susunod kong dosis at/o kung nakumpleto na ang serye ng bakuna na maraming dosis. * Kung mag-opt out ka sa anumang mga mensahe o notification, hindi makakarating sa iyo ang impormasyon na hindi mo pinahintulutan.	☐ Oo ☐ Hindi
Sumasang-ayon akong tumanggap ng mga text message o push notification sa mobile app tungkol sa mga potensyal na masamang epekto ng bakuna. * Kung mag-opt out ka sa anumang mga mensahe o notification, hindi makakarating sa iyo ang impormasyon na hindi mo pinahintulutan.	☐ Oo ☐ Hindi

Checklist sa Pagsusuri Bago Bakunahan	Kumpirmasyon mula sa Pasyente ☑
1. Nakatanggap ka na ba ng anumang bakuna sa loob ng nakaraang buwan? Kung oo, espesipikong sabihin ang kasaysayan ng pagbabakuna sa iyo. ( )	☐ Oo ☐ Hindi
2. Nakaranas ka na ba ng anumang masamang epekto pagkatapos ng pagbabakuna at kinailangan ng medikal na atensyon? Kung oo, espesipikong sabihin masamang epekto at ang bakunang natanggap mo. ( )	☐ Oo ☐ Hindi
3. Masama ba ang pakiramdam mo ngayon? Kung oo, ilarawan ang mga sintomas mo. ( )	☐ Oo ☐ Hindi
4. (Para sa mga babae lang) Buntis ka ba o malamang na magbuntis sa susunod na buwan?	☐ Oo ☐ Hindi
5. Nagkaroon ka na ba ng mga pantal o sintomas ng allergy (hal., pantal, anaphylactic shock, kinakapos ng hininga, nahimatay, namaga ang labi/bibig, atbp.) dahil sa gamot, pagkain (hal., itlog) o bakuna?	☐ Oo ☐ Hindi
6. Mayroon ka bang kanser, leukemia, o sakit sa immune system? Kung oo, espesipikong sabihin ito. ( )	☐ Oo ☐ Hindi
7. Tumanggap ka ba ng steroid, chemotherapy, o radiation therapy sa nakalipas na 3 buwan?	☐ Oo ☐ Hindi
8. Tumanggap ka ba ng pagsasalin ng dugo o ng immunoglobulin sa nakaraang taon?	☐ Oo ☐ Hindi
9. (Tungkol sa COVID-19) Nakaranas ka ba ng sakit sa pamumuo ng dugo o umiinom ng anticoagulant na gamot? Kung oo, pakibigay ang pangalan ng kondisyon o uri ng gamot. ( )	☐ Oo ☐ Hindi
10. Mayroon ka bang kasaysayan ng seizure o iba pang cranial nerve disorder (hal., Guillain-Barré syndrome)?	☐ Oo ☐ Hindi
11. Na-diagnose ka na ba o ginamot para sa anumang iba pang congenital na sakit, hika, sakit sa baga, sakit sa puso, sakit sa bato, sakit sa atay, sakit sa endocrine (hal., diabetes), at/o mga sakit sa dugo (maliban sa sakit sa pamumuo ng dugo)? Kung oo, espesipikong sabihin ito. ( )	☐ Oo ☐ Hindi
Sa pamamagitan nito, kinukumpirma ko na sinabi na sa akin ang aking resulta ng pagsusuri at ng mga potensyal na masamang epekto kasunod ng pagbabakuna, at sa pamamagitan nito ay sumasang-ayon na tumanggap ng (mga) pagbabakuna. Pangalan ng Pasyente o Magulang/Legal na Tagapag-alaga: (Pirma) Kaugnayan sa Pasyente * Numero ng Reistro ng Dayuhan ng legal na tagapag-alaga (para sa mga bagong-silang na sanggol bago ang pagpaparehistro) (yyyy) (mm) (dd)	

Resulta ng Screening Bago ang Pagpapabakuna (Sasagutan ng Doktor)		Check ☑
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.
Mangyaring suriin ang kasaysayan ng pagbakuna ng iyong anak.

Ano ang mga pakinabang ng elektronikong pagrehistro sa kasaysayan ng pagbabakuna ng aking anak?

1. Tumutulong ang elektronikong pagpaparehistro na maiwasan ang mga pagkakamali sa pagbabakuna, binabawasan ang hindi kinakailangang pagbabakuna at at gastos.
2. Ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak ay makikita sa website ng Immunization Assistance.
   - Mag–sign up sa website ng Immunization Assistance (https://nip.kdca.go.kr) at irehistro ang iyong anak upang tingnan ang kanyang kasaysayan ng pagpabakuna.
     - (Pagrehistro ng iyong anak) Mag–sign in sa website ng Immunization Assistance → [Pamahalaan ang Pagbabakuna] → [Pamahalaan ang pagbabakuna ng aking anak] → [Irehistro ang data ng iyong anak]]
     - (Pagtingin sa mga tala ng iyong anak) Mag–sign in sa website ng Immunization Assistance → [Pamahalaan ang Pagbabakuna] → [Pamahalaan ang pagbabakuna ng aking anak] → [Tingnan ang kasaysayan ng pagbabakuna ng aking anak]

> ※ Kung hindi mo makita ang kasaysayan ng pagbabakuna ng iyong anak sa website ng Immunization Assistance, mangyaring humiling sa institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna upang irehistro ang kasaysayan ng iyong anak sa elektronikong paraan.
> ※ Ang 'Log sa Pagbabakuna' ay inilaan upang matulungan ang mga tagapag–alaga na pamahalaan ang kasaysayan ng pagbabakuna ng bata. Ang log ng pagbabakuna ay hindi maaaring isumite sa halip ng isang 'Sertipiko ng Pagbabakuna.'

3. 'Mga Sertipikasyon ng Pagbabakuna' ay maaaring ibigay online nang libre (sa Korean o Ingles).
   - Mag–sign in sa website ng immunization assistance → [pamahalaan ang mga pagbabakuna] → [mga elektronikong serbisyo] → [sertipiko ng pagbabakuna]
4. Mag–sign up para sa mga mensahe na text sa susunod na petsa ng pagbabakuna ng iyong anak.
   - I–rehistro ang iyong numero ng iyong cellphone (magulang, tagaalaga o ligal na tagapag–alaga) kung saan ang institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna na makatanggap ng mensaheng text na nagpapaalala sa petsa ng sunod na kinakailangang sundin na pagbabakuna ng iyong anak.
   - Kung gusto mong makatanggap na impormasyong ito sa iyong katutubong wika, mangyaring kontakin ang institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna. Makakatanggap ka ng mga paunawa sa pamamagitan ng mensaheng text sa Korean at sa iyong katutubong wika.
     - Kapag pumipili ng iyong wika, irehistro ang numero ng mobile phone ng iba pang tagapag–alaga ng iyong anak upang makatanggap ng impormasyon sa 'susunod na petsa ng pagbabakuna' sa numero ng mobile phone na iyon.

   * Wikang Magagamit (12): Nepalese, Lao, Russian, Mongolian, Vietnamese, English, Uzbek, Japanese, Chinese, Khmer, Tagalog

Mangyaring kumuha ng sertipiko ng pagbabakuna kung babalik sa Korea pagkatapos manirahan sa ibang bansa.

Kung ang iyong anak ay nakatanggap ng pagbabakuna sa ibang bansa, mangyaring tanggapin ang isang 'Sertipiko sa Pagbabakuna sa Ingles' o 'Dokumento na nagdadala ng opisyal na pirma o selyo ng institusyong medikal na nagbibigay ng pagbabakuna' bago bumalik sa Korea. Mangyaring hilingin sa isang pampublikong sentro ng kalusugan na malapit sa inyo, na irehistro ang (mga) dokumento sa elektronikong paraan.

> Upang maprotektahan ang kalusugan ng mga mag–aaral at mga bata at maiwasan ang pagkalat ng nakakahawang sakit, hinihiling ng Republika ng Korea ang mga mag–aaral na pumapasok sa daycare, elementarya o gitnang paaralan na magsumite ng mga sertipiko ng pagbabakuna upang matiyak* na ang lahat ng mga mag–aaral ay nakumpleto ang ipinag–uutos na pagbabakuna.
> Ang mga mag–aaral na may kumpletong rekord ng pagbabakuna sa website ng Immunization Assistance ay hindi kinakailangang magsumite ng 〈Sertipiko ng Pagbabakuna〉 sa kanilang paaralan.
> * Mga Ligal na batayan: Artikulo 31 ng Infectious Disease Control and Prevention Act, Artikulo 10 ng School Health Act, at Artikulo 31 ng Child Care Act

국가예방접종
Pambansang Pagbabakuna

Nagbigay ng buong subsidiya ang gobyerno para sa mga gastusin sa pagbabakuna at hinihikayat ang madla na magpabakuna para maiwasan ang mga nakakahawang sakit. Available ang libreng pagbabakuna sa mga kalapit na kinontratang sentrong medikal at pampublikong sentro ng kalusugan.

Mga Uri ng Bakuna na Inirerekomenda ayon sa Edad at Panahon

Maaaring mag-iba ang mga available na bakuna depende sa kinontratang sentrong medikal at pampublikong sentro ng kalusugan; kailangan ang kumpirmasyon bago bumisita sa lugar.

Neonatal

Pagkatapos ipanganak
- Unang bakuna sa hepatitis B (HepB)

1buwan
- 1 bakuna (sa loob ng 4 na linggo) para sa tuberkulosis (BCG, intradermal)
- Ikalawang bakuna sa hepatitis B (HepB)

Sanggol at Bata

2·4·6 na buwang gulang
- Una–ikatlong bakuna sa diphtheria·tetanus·pertussis (DTaP)*
- Una–ikatlong bakuna sa poliovirus (IPV)*
- Una–ikatlong bakuna sa haemophilus influenzae type b (Hib)*
- Una–ikatlong bakuna sa pneumococcosis (PCV)
- Una–ikatlong bakuna sa rotavirus infection (RV)
- Ikatlong bakuna sa hepatitis B (HepB)*

*Available ang bakuna sa pamamagitan ng pagpili sa 4-valent na kombinasyon ng bakuna, 5-valent na kombinasyon ng bakuna, 6-valent na kombinasyon ng bakuna

12-15 buwang gulang
- Ikaapat na bakuna sa haemophilus influenzae type b (Hib)
- Ikaapat na bakuna sa pneumococcosis (PCV)
- Unang bakuna sa tigdas·beke·rubella (MMR)
- 1 bakuna sa varicella (VAR)

12-23 buwang gulang
- Una–ikalawang bakuna sa hepatitis A (HepA)
- Una–ikalawang inactivated Japanese encephalitis na bakuna (IJEV)
- Unang live-attenuated Japanese encephalitis na bakuna (LJEV)

15-18 buwang gulang
- Ikaapat na bakuna sa diphtheria · tetanus · pertussis (DTaP)

24-35 buwang gulang
- Ikatlong inactivated Japanese encephalitis na bakuna (IJEV)
- Ikalawang live-attenuated Japanese encephalitis na bakuna (LJEV)

국가예방접종
Pambansang Pagbabakuna

Bata

4-6 na taong gulang
- Ikalimang bakuna sa diphtheria·tetanus·pertussis (DTaP)
- Ikaapat na bakuna sa poliovirus (IPV)
- Ikalawang bakuna sa tigdas·beke·rubella (MMR)

6 na taong gulang
- Ikaapat na inactivated Japanese encephalitis na bakuna (IJEV)

11-12 na taong gulang
- Ikaanim na bakuna sa tetanus · diphtheria · pertussis (Tdap)

12 na taong gulang
- Ikalimang inactivated Japanese encephalitis na bakuna (IJEV)

Teenager, Adulto

Babaeng teenager na 12–17 taong gulang at mga babaeng mababa ang kita* na 18–26 na taong gulang
- Una–ikalawa o una–ikatlong bakuna sa human papillomavirus (HPV)

*Kumpirmasyon ng kuwalipikasyon sa petsa ng pagbabakuna para sa mga pangunahing tumatanggap ng seguridad pangkabuhayan at mga pasyenteng nasa mas mababang klase (50% o mas mababang median na kita) ayon sa 「Batas sa Pambansang Pangunahing Seguridad sa Pamumuhay」

65 taong gulang o mas matanda
- 1 bakuna para sa pneumococcosis (PPSV)

Grupong Mas Nanganganib

Mga kaso ng grupong mas nanganganib
- 1 bakuna para sa tipos (ViCPS) (bawat 3 taon kung kailangan)
- Una–ikatlong bakuna para sa hemorrhagic fever na may sakit sa bato (HFRS)
- Una–ikalawang bakuna para sa Mpox

Pana-panahong bakuna

Influenza
- 1 bakuna para sa mga pasyenteng 65 taong gulang o mas matanda, mga buntis na pasyente, at mga batang 6 na buwan–13 taong gulang*

*2 bakuna para sa mga batang wala pang 9 na taong gulang na nakatanggap ng bakuna laban sa influenza sa unang pagkakataon

COVID-19
- 1 bakuna para sa mga pasyenteng 65 taong gulang o mas matanda, mga pasyenteng immunodeficient*, mga pasyenteng naospital sa mga pasilidad na madaling kapitan ng impeksyon*

*Gayunman, kailangan ang 1–3 beses na bakuna ng Pfizer o 1–2 beses na bakuna ng Moderna ay kailangan para sa mga mas nanganganib na sanggol na 6 na buwan hanggang 4 na taong gulang na hindi pa nakumpleto ang bakuna, at kailangan ang 1–2 beses ng pagbabakuna para sa mga batang 5 hanggang 11 taong gulang.

질병관리청
Korea Disease Control and Prevention Agency

어린이가 건강한 대한민국
Ang Republika ng Korea ay Nagmamalasakit sa Kalusugan ng Iyong Anak

표준예방접종일정표 (2025)
Karaniwang Sentro ng Pagbakuna (2025)

구분	대상 감염병 Target ng Nakakahawang Sakit	백신 종류 및 방법 Bakuna at Pamamaraan	횟수 Round	출생시 Pagkapanganak	4주이내 Sa loob ng 4 na Linggo	1개월 1 buwan	2개월 2 buwan	4개월 4 buwan	6개월 6 buwan	12개월 12 buwan	15개월 15 buwan	18개월 18 buwan	19~23개월 19~23 buwan	24~35개월 24~35 buwan	4세 Edad 4	6세 Edad 6	11세 Edad 11	12세 Edad 12
국가예방접종 National vaccinations	B형간염 Hepatitis B	HepB	3	HepB 1차 (Hep B unang ikot)		HepB 2차 (Hep B ika-2 ikot)			HepB 3차 (Hep B ika-3 ikot)									
	결핵 Tuberculosis	BCG (피내용) BCG (intradermal)	1		BCG 1차 (BCG 1st round)													
	디프테리아 Diphtheria 파상풍 Tetanus 백일해 Whooping na ubo	DTaP	5				DTaP 1차 (DTaP 1st round)	DTaP 2차 (DTaP 2nd round)	DTaP 3차 (DTaP 3rd round)		DTaP 4차 (DTaP 4th round)				DTaP 5차 (DTaP 5th round)			
		Tdap	1														Tdap 6차 (Tdap 6th round)	
	폴리오 Polio	IPV	4				IPV 1차 (IPV 1st round)	IPV 2차 (IPV 2nd round)	IPV 3차 (IPV 3rd round)						IPV 4차 (IPV 4th round)			
	B형헤모필루스인플루엔자 Type B haemophilus influenza	Hib	4				Hib 1차 (Hib 1st round)	Hib 2차 (Hib 2nd round)	Hib 3차 (Hib 3rd round)	Hib 4차 (Hib 4th round)								
	폐렴구균 감염증 Pneumococcal infection	PCV	4				PCV 1차 (PCV 1st round)	PCV 2차 (PCV 2nd round)	PCV 3차 (PCV 3rd round)	PCV 4차 (PCV 4th round)								
		PPSV	–											고위험군에 한하여 접종 (Pagbabakuna lamang para sa mga grupong may mataas na peligro)				
	로타바이러스 감염증 Rotavirus infection	RV1	2				RV 1차 (RV 1st round)	RV 2차 (RV 2nd round)										
		RV5	3				RV 1차 (RV 1st round)	RV 2차 (RV 2nd round)	RV 3차 (RV 3rd round)									
	홍역 Measles 유행성이하선염 Mumps 풍진 Rubella	MMR	2							MMR 1차 (MMR 1st round)					MMR 2차 (MMR 2nd round)			
	수두 Varicella	VAR	1							VAR 1차 (VAR 1st round)								
	A형간염 Hepatitis a	HepA	2							HepA 1~2차 (HepA 1st and 2nd round)								
	일본뇌염 Japanese encephalitis	IJEV	5							IJEV 1~2차 (IJEV 1st and 2nd round)				IJEV 3차 (IJEV 3rd round)		IJEV 4차 (IJEV 4th round)		IJEV 5차 (IJEV 5th round)
		LJEV	2							LJEV 1차 (LJEV 1st round)				LJEV 2차 (LJEV 2nd round)				
	사람유두종바이러스 감염증 Human papillomavirus infection	HPV	2														HPV 1~2차 (HPV 1st and 2nd round)	
	인플루엔자 Influenza	IIV	–						IIV 매년 접종 (Taunang IIV Inoculation)									

- Mga proyekto ng pambansang pagbabakuna: Mga proyektong sumusuporta sa mga gastos sa pagbabakuna sa mga pampublikong sentro ng kalusugan at kinontratang medikal na institusyon na may mga bakunang itinalaga ng bansa tungkol sa pagbabakuna na binigyan ng subsidiya ng bansa at lokal na pamahalaan

- Maaaring ibigay ang mga bakunang DTaP, IPV, at Hib na may kombinasyong bakuna ng DTaP-IPV (diphtheria · tetanus · pertussis · polio) o DTaP-IPV/Hib (diphtheria · tetanus · pertussis · polio · Haemophilus · pertussis · polio) o DTaP-IPV-Hib-HepB (diphtheria · tetanus · pertussis · polio · Haemophilus influenzae type b hepatitis B) ayon sa iskedyul ng pagbabakuna