

목차

contents

I. 어린이 국가예방접종사업 안내(한국어)

1. 국가예방접종사업 안내(지정 의료기관 확인방법 외),
예방접종 절차 안내서(한국어)..... 2
2. 예방접종 예진표, 표준예방접종 일정표(한국어)..... 4
3. 예방접종 기록 확인 방법 및 귀국 시 예방접종증명서 발급 안내 6

II. 어린이 국가예방접종사업 안내(다국어)

- 국가예방접종사업 안내(지정 의료기관 확인방법 외), 예방접종 절차 안내서
- 예방접종 예진표, 표준예방접종 일정표
- 예방접종 확인 안내 및 귀국 시 예방접종증명서 발급 안내
- 국가예방접종 지원사업(어린이, B형간염 주산기, HPV, 인플루엔자)

1. 네팔어(नेपाली भाषा)..... 7
2. 라오스어(ລາວ)..... 15
3. 러시아어(Русский язык) 23
4. 몽골어(Монгол хэл)..... 31
5. 베트남어(Tiếng Việt)..... 39
6. 영어(English)..... 47
7. 우즈베키스탄어(O'zbekcha)..... 55
8. 일본어(日本語)..... 63
9. 중국어(中文)..... 71
10. 캄보디아어(ភាសាខ្មែរ)..... 79
11. 태국어(ไทย)..... 87
12. 필리핀어(Pilipino)..... 95



어린이 국가예방접종사업 안내

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

» 국가예방접종 지원백신

대상 감염병	백신 종류 및 방법	횟수	출생시	4주이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	만4세	만6세	만11세	만12세
B형간염	HepB	3	HepB 1회	HepB 2회	HepB 3회												
결핵	BCG(피내용)	1	BCG 1회														
디프테리아 파상풍 백일해	DTaP	5		DTaP 1회	DTaP 2회	DTaP 3회	DTaP 4회	DTaP 5회									
	Tdap/Td	1															Tdap/Td 6회
폴리오	IPV	4			IPV 1회	IPV 2회	IPV 3회	IPV 4회									
b형헤모필루스인플루엔자	Hib	4			Hib 1회	Hib 2회	Hib 3회	Hib 4회									
	PCV	4			PCV 1회	PCV 2회	PCV 3회	PCV 4회									
폐렴구균	PPSV	-															고위험군에 한하여 접종
로타바이러스 감염증	RV1 RV5	2 3			RV 1회	RV 2회	RV 3회										
홍역 유행성이하선염 풍진	MMR	2						MMR 1회									MMR 2회
수두	VAR	1						VAR 1회									
A형간염	HepA	2															HepA 1~2회
일본뇌염	JEV(불활성화 백신)	5															JEV 1~2회, JEV 3회, JEV 4회, JEV 5회
	JEV(인독화 생백신)	2															JEV 1회, JEV 2회
사람유두종바이러스감염증	HPV	2															HPV 1~2회
인플루엔자	IIV	-															IIV 매년 접종

» 무료 접종 지정 의료기관

- 지정의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
 - * 지정의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
 - * 지정의료기관 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 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정의료기관을 방문하여 무료접종 받으시길 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요..

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

예방접종 절차 안내서(다문화가정 보호자용)

1. 귀하의 모국어로 작성된 예방접종 예진표를 보고, ‘(한글) 예방접종예진표’에 작성해 주세요.

〈예방접종 예진표 작성시 주의사항〉

- 자녀의 성명은 한글 또는 영어로 작성해주세요.
- 주민등록번호(외국인 등록번호)를 작성하세요. 주민등록번호(외국인 등록번호)가 없는 경우 보건소에서 예방접종을 위해 발급받은 ‘임시관리번호’를 적습니다.
- 주민등록상 생년월일과 실제 생년월일이 다른 경우 해당 칸에 실제 생년월일을 적습니다.
* 접종일정은 실제 생년월일을 기준으로 정해지므로, 실제 생년월일이 다른 경우 실제 생년월일을 증빙할 수 있는 서류(출생신고서 등)를 가지고 가까운 보건소에 변경 요청 하세요.
- 오늘 아픈 곳이 있으면 다음 증세를 참고하여 작성해주세요.

- | | | | | |
|-------|-------|-------------|-------|-------|
| 1. 발열 | 2. 기침 | 3. 목이아픔(부음) | 4. 설사 | 5. 복통 |
| 6. 구토 | 7. 두통 | 8. 기운이없음 | 9. 기타 | |

2. 자녀의 이름이 호명될 때까지 진료실 앞에서 잠시 대기해 주세요.

3. (접종 전) 과거에 동일한 접종을 했었는지 자녀의 과거 접종내역을 확인합니다.

- ※ 예진 의사 선생님이 자녀의 과거 접종내역을 전산시스템으로 조회할 수 있습니다.
- ※ 자녀의 예방접종기록이 표시된 예방접종증명서 또는 아기수첩을 가지고 있는 경우 예진 의사에게 보여주세요.

4. (접종 전) 예진 의사가 설명하는 상담내용과 이상반응에 대해 잘 듣습니다.

- ※ 한글이 어려운 경우 예진 의사에게 모국어로 표시된 ‘예방접종 안내문(VIS)’를 출력해 달라고 요청해서 ‘예방접종 후 주의사항 및 이상반응’에 대해 잘 읽습니다.

5. (접종 시) 예진 의사가 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 예진 의사와 상의하여 정합니다.

- ※ 예진표 작성 시 ‘휴대전화번호 표기 및 문자수신 동의’하고, 예진 의사에게 희망하는 언어를 얘기하면 다음 접종일부터 한국어 외 희망하는 언어로 ‘다음접종명 및 접종일자’를 문자로 알려줍니다. 희망 언어 선택 시, 다른 보호자의 휴대전화번호를 추가 등록하면 ‘다음 접종일정’을 같이 안내받을 수 있습니다.

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 의사의 진료를 받도록 합니다.

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



어린이가 건강한 대한민국



질병관리청 | KMA 대한의사협회 | 예방접종전문위원회

표준예방접종일정표(2023)

대상 감염병	백신 종류 및 방법	회수	출생시	4주 이내	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	만4세	만6세	만11세	만12세
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									
폴리오	Tdap/Td ⁴	1															Tdap/Td 6차
b형헤모필루스인플루엔자	IPV ⁵	4		IPV 1차	IPV 2차	IPV 3차	IPV 4차										
페렴구균	Hib ⁶	4		Hib 1차	Hib 2차	Hib 3차	Hib 4차										
로타바이러스 감염증	PCV ⁷	4		PCV 1차	PCV 2차	PCV 3차	PCV 4차										
홍역 유행성이하선염 풍진	PPSV ⁸	-															고위험군에 한하여 접종
수두	RV1 ⁹	2		RV 1차	RV 2차	RV 3차											
A형간염	RV5 ¹⁰	3		RV 1차	RV 2차	RV 3차											
일본뇌염	MMR ¹¹	2				MMR 1차											MMR 2차
사립유종바이러스감염증	VAR ¹²	1				VAR 1회											
인플루엔자	HepA ¹³	2															
	UEV(불활성화 백신) ¹⁴	5															UEV 5차
	LJEV(약독화 산백신) ¹⁵	2															
	HPV ¹⁶	2															HPV 1~2차
	IV ¹⁷	-															

- 국가예방접종: 국가에서 권하는 필수예방접종(국가는 7년범위의 예방 및 관리에 관한 법률을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시조치 및 방법을 정하고, 이를 근거로 자원을 마련하여 지원하고 있음)
- 1 HepB(B형간염): B형간염(HBsAg) 양성인 산모로부터 출생 후 12시간 이내 B형간염 면역글로블린(HBIG) 및 B형간염 백신(1차)을 동시에 접종하고, 2차와 3차 접종은 각각 출생 후 1개월 및 6개월에 실시
- 2 BCG(결핵): 생후 4주 이내(4~7일차) 접종, 생후 4개월에 2차 B형간염 백신과의 동시접종을 추진
- 3 DTap(디프테리아 파상풍 백일해), Tdap-IPV(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오-b형헤모필루스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능
 - ※ 이후 10년마다 1회 접종(만 11세 이후 접종 횟수는 1회)
- 4 Tdap/Td(디프테리아 파상풍 백일해/파상풍 백일해) 또는 DTap-IPV(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오- b형헤모필루스인플루엔자) 혼합백신으로 접종 가능
- 5 IPV(폴리오): 3차, 접종은 생후 6개월에 접종하나 18개월까지 접종 가능하며, DTap-IPV(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오) 또는 DTap-IPV/Hib(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오)를 맞았을 경우 18개월까지 접종 가능
- 6 Hib(인플루엔자 b형헤모필루스인플루엔자): 생후 2개월~만 5세 미만 모든 소아를 대상으로 접종하며, 만 5세 이상은 b형헤모필루스인플루엔자 감염 위험성이 높은 경우감염성취중, 기능저하 또는 해부학적 무비중, 형질저림에 따른 면역저하, 조혈모세포이식, HIV 감염, 체액면역결핍, 초고소 보체결핍증 등) 접종, DTap-IPV/Hib(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오) 또는 b형헤모필루스인플루엔자 혼합백신으로 접종 가능
 - DTap-IPV(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오)와 Hib(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오)를 맞았을 경우 18개월~만 5세 미만 소아에게 DTap-IPV 백신 대신 접종할 수 있음
 - DTap-IPV(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오)와 Hib(디프테리아 파상풍 백일해-폴리오)를 맞았을 경우 18개월~만 5세 미만 소아에게 DTap-IPV/Hib 백신 대신 접종할 수 있음
 - ※ 이후 10년마다 1회 접종(만 11세 이후 접종 횟수는 1회)
- 7 PCV(페렴구균백색결핵): 10월과 13차 만백결핵 백신 간에 교차접종은 권장하지 않음
- 8 PPSV(페렴구균 23가 백신): 만 2세 이상의 폐렴구균 감염의 고위험군으로 대상으로 하며, 건강상태를 고려하여 담당의사와 충분한 상담 후 접종

- 9 RV1(로타바이러스감염증): 생후 2, 4개월 2회 접종(영구두아)
 - 10 RV5(로타바이러스감염증): 생후 2, 4, 6개월 3회 접종(영구두아)
 - 11 MMR(홍역 유행성이하선염 풍진): 홍역 유행 시 생후 6~11개월에 MMR 백신 접종이 가능하나 이 경우 생후 12개월 이후에 MMR 백신으로 일정에 맞추어 접종
 - 12 HepA(A형간염): 1차 접종은 생후 12~15개월에 1회 접종
 - 13 HepA(A형간염): 1차 접종은 생후 12~23개월에 시작하고 2차는 1차 접종으로부터 6개월 이상 경과한 후(재조사에 따라 추진) 접종간격이 다를 수 있음
 - 14 UEV(일본뇌염 불활성화 백신): 1차 접종 4개월 후 2차 접종을 실시하고, 추가 접종은 2차 접종으로부터 11개월 후, 만 6세, 만 12세에 접종
 - 15 LJEV(일본뇌염 약독화 산백신): 1차 접종 12개월 후 2차 접종
 - 16 HPV(사립유종바이러스) 감염증: 만 11~12세 90%에서 6~12개월 간격으로 2회 접종하고, 27일과 47기 백신 간 교차접종은 추천하지 않음
 - 17 IV(인플루엔자 불활성화 백신): 생후 6개월~9세 미만 소아에서 접종 치 수는 최소 4주 간격으로 2회 접종이 필요하며, 접종 4주 후에 1회 접종을 받았던 다음 해 2회 접종을 받으며, 이전에 인플루엔자 접종을 받은 적이 있는 생후 6개월~만 9세 미만 소아도 유행주에 따라서 2회 접종이 필요할 수 있으므로, 매 절기 인플루엔자 국가예방접종지침서(4월)를 관리처를 참고
- * 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>) 예방접종 정보 / 예방접종 거사상고 / 예방접종 지침

백신종류	두문자어	백신
B형간염	HepB	Hepatitis B vaccine
결핵	BCG(피내용)	Intradermal Bacille Calmette-Guérin vaccine
	DTap	Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis vaccine adsorbed
	Td	Tetanus and diphtheria toxoids adsorbed
	Tdap	Tetanus toxoid, reduced diphtheria toxoid and acellular pertussis vaccine, adsorbed
	DTap-IPV	DTap, IPV conjugate vaccine
	IPV	Inactivated poliovirus vaccine
	Hib	Haemophilus influenzae type b vaccine
	DTap-IPV/Hib	DTap, IPV, Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine
	PCV	Pneumococcal conjugate vaccine
	PPSV	Pneumococcal polysaccharide vaccine
	RV1	Rotavirus vaccine(monovalent)
	RV5	Rotavirus vaccine(pentavalent)
	MMR	Measles, mumps, and rubella vaccine
	VAR	Varicella vaccine
	HepA	Hepatitis A vaccine
	UEV	Inactivated Japanese encephalitis vaccine
	LJEV	Live-attenuated Japanese encephalitis vaccine
	HPV	Human papillomavirus vaccine
	IV	Inactivated influenza vaccine

백신 두문자어

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

» 예방접종기록을 전산등록 하면 어떤 점이 좋아지나요?

1. 자녀의 예방접종 접종기록을 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 바로 확인할 수 있어요.

- 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에 회원가입하고, 자녀를 등록합니다.
 - 예방접종도우미 누리집 로그인 → [예방접종관리] → [자녀예방접종관리] → [아이정보 등록]
- 등록된 자녀의 접종기록을 다음의 방법으로 확인합니다.
 - 예방접종도우미 누리집 → [예방접종관리] → [자녀예방접종관리] → [아이 예방접종 내역조회]
 - ※ 예방접종기록이 등록되어 있지 않으면 접종받은 기관에 전산등록을 요청합니다.
 - ※ 예방접종 수첩은 보호자가 자녀의 접종내역을 잘 관리하도록 도움을 주는 수첩으로 예방접종증명서를 대신할 수 없습니다.

2. 예방접종증명서를 온라인에서 무료로 발급(국문 또는 영문) 받을 수 있어요.

- 예방접종도우미 누리집 로그인 → [예방접종관리] → [전자민원서비스] → [예방접종증명서]

3. 자녀의 예방접종일을 잊지 않도록 다음 예방접종일을 문자로 알려드려요.

- 의사선생님께 연락받을 수 있는 부모(보호자)의 휴대전화번호를 알려주시면, 필수예방접종에 대해 다음 예방접종일자를 문자로 안내해 드립니다.
- 만약, 외국어를 희망하실 경우 접종기관에 희망하는 언어를 얘기하세요. 한국어와 함께 희망 언어로 안내 문자를 받을 수 있습니다. 또한 다음접종일정을 같이 안내 받을 수 있도록 다른 보호자의 휴대전화번호 추가등록이 가능합니다.

» 외국에서 접종받은 자녀의 예방접종증명서, 귀국 시 발급받아 오세요.

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

대한민국은 단체생활 하는 어린이, 학생의 감염병 예방관리 및 건강보호를 위해 어린이집 또는 초·중학교 입학시 예방접종증명서를 제출하도록 하여 예방접종 완료 여부*를 확인하고 있습니다.

단, 질병관리청에 전산등록 된 경우 예방접종증명서를 어린이집 또는 학교에 제출하지 않습니다.

* 근거: 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제31조, 「학교보건법」 제10조, 「영유아보육법」 제31조3

खोप प्रक्रियाको सुचना

(बहुसांस्कृति परिवार अभिभावकहरू)

1. तपाईंको मातृभाषामा भएको खोप जानकारी फारमलार्ड हेरी (कोरियन) खोप जानकारी फारमलार्ड भर्नुहोस् ।

<खोप जानकारी फारमलार्ड भर्दा सावधानी दिनु पर्ने कुराहरू>

- बच्चाको नामलार्ड कोरियन व अंग्रेजीमा लेख्नुहोस् ।
- ना.प्र.न.(विदेशी दर्ता कार्ड नं.)लार्ड लेख्नुहोस् । ना.प्र.न.(विदेशी दर्ता कार्ड नं.) नभएको खण्डमा स्वास्थ्य केन्द्रबाट खोपको लागि दिएको अस्थायी नम्बरलार्ड लेख्नु पर्दछ ।
- ना.प्र.न मा जन्ममिति र वास्तविक जन्ममिति फरक भएमा त्यस कोठामा वास्तविक जन्ममिति लेख्नुहोस् ।
* खोपको मिति वास्तविक जन्ममितिलार्ड मापदण्ड गर्ने हुदा, वास्तविक जन्ममितिमा फरक भएमा वास्तविक जन्ममितिलार्ड प्रमाणित गर्ने कागजपत्र(जन्म दर्ता प्रमाणपत्र अदि) लार्ड लिएर नजिकको स्वास्थ्य केन्द्रबाट परिवर्तन गर्नुहोस् ।
- आज कुनै विरामीको लक्षण भएमा तल चिन्हा लगाउनुहोस् ।

1. ज्वरो 2. खोकी 3. घाँटी दुखार्ड (सुनिनु) 4. पखाला 5.पेट दुख्ने
6. बान्त 7. टाउको दुख्ने 8. बल नहुन 9. अन्य

2. बच्चाको नाम बोलाउने सम्म उपचार कोठा अगाडि एकछिन पर्खनुस् ।

3. (खोप अगाडि) बिगतमा उस्तो खोप लगाउनु भएको छ छैन बच्चाको बिगतको खोप विवरण चेक गर्नेछ।

※ खोप लगाउने डाक्टरले कम्प्युटर प्रणालीबाट बच्चाको बिगत खोपको विवरण चेक गर्न सकिनेछ ।

※ बच्चाको खोपको विवरण भएको कार्ड वा खोप लगाएको प्रमाणित पेपर छ भने खोप लगाउने डाक्टरलार्ड देखाउनुहोस् ।

4. (खोप अगाडि) खोप लगाउने डाक्टरले दिने जानकारी र प्रतिक्रियाको बारेमा राम्रोसँग सुन्नुपर्दछ ।

※ कोरियन भाषामा गाह्रो भएमा खोप लगाउने डाक्टरले मातृभाषामा भएको खोपको जानकारी (VIS)लार्ड प्रिन्ट गारि दिनु अनुरोध गरि खोप जानकारी पत्रको खोपपछिको सावधानी र प्रतिकुल प्रतिक्रियाको बारेमा राम्रोसँग पढनुस् ।

5. (खोप लगाउद) खोप लगाउने डाक्टरले सुरक्षितरूपमा खोप दिने गरि, बच्चा सानो भएमा अभिभावकले बच्चालार्ड काखमा राखि एउटा हातले बच्चाको जिउमा समतुहोस् ।

6. (खोप लगाउद) खोप पहिले. पछि सावधानीलार्ड राम्रोसँग सुन्ने, खोप लगाउनुहोस् ।

7. (खोप पछि) बच्चा पछिको खोपको मिति खोप लगाउने डाक्टरसँग कुरा गरि मिलाउनु पर्दछ ।

* फारम भर्दा मोबाइल नम्बर लेख्ने र मेसेज पाउनेमा सहमति गर्ने, खोप लगाउने डाक्टरलार्ड कुन भाषामा लिने भन्नु भएमा अर्को खोप गर्ने मितिदेखि कोरियन भाषा बहेक चाहानु भएको भाषामा अर्को खोपको नाम र खोपको मितिलार्ड मेसेजमा जानकारी दिनेछ । भाषा रोज्नु भएमा, अरू अभिभावकहरूको फोन नम्बर पनि दर्ता गरेमा अर्को खोपको मितिलार्ड सबैले मेसेजबाट जानकारी लिन सकिनेछ । चाहानु भएको भाषा रोजेमा अर्को खोपको मिति सगै जानकारी लिन सकिने गरि अरू अभिभावकहरूको फोन नम्बर पनि दर्ता गर्न सकिनेछ ।

8. (खोप पछि) अस्पतालमा 20 ~ 30 मिनेट बसेर प्रतिकुल प्रतिक्रिय के कस्तो हुन्छ हेर्नुपर्दछ ।

9. (घर पर्केपछि) कम्तिमा 3 घण्टा प्रतिकुल असरहरू ध्यानपूर्वक हेर्ने, धेरै ज्वरो आएमा, पहिलेको भन्दा फरक केहि लक्षण देखे परेमा तुरुन्तै उपचार गर्नु पर्दछ ।

खोप सम्बन्धि दोभाषे चाहिंएमा दनुरी कल सेन्टर (☎ 1577-1366) मा फोन गरेमा सहयोग लिन सकिन्छ ।

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

बच्चाको खोपको रेकर्ड चेक गर्नुहोस् ।

■ खोपको रेकर्ड कम्प्युटरमा दर्ता के राम्रो हुन्छ ?

- बच्चाको खोपको बारेमा रेकर्डचाहिं खोप सेवा नुरीचिब (<https://nip.kdca.go.kr>) वा मोबाइल एबबाट पनि सिधै चेक गर्न सकिन्छ ।
 - खोप सेवा नुरीचिब (<https://nip.kdca.go.kr>) मा सदस्या भनेर, बच्चालार्इ दर्ता गर्नुहोस् ।
 - खोप सेवा नुरीचिब साइनअप → [खोप व्यवस्थापन] → [बाल खोप व्यवस्थापन] → [बच्चाको विवरण दर्ता]
 - दर्ता भएको बच्चाको खोप रेकर्डलार्इ तल दिइएको तरिकाबाट चेक गर्नु पर्दछ ।
 - खोप सेवा नुरीचिब → [खोप व्यवस्थापन] → [बाल खोप व्यवस्थापन] → [बच्चाको खोप विवरण हेर्ने]
 - ※ खोप रेकर्ड दर्ता नभएको खण्डमा, खोप लिएको केन्द्रमा कम्प्युटर सिस्टमा दर्ता गर्न अनुरोध गर्ने ।
 - ※ खोप रेकर्डबुकचाहिं अभिभावकले बच्चाको खोप विवरणलार्इ राम्रोसंग व्यवस्थापन गर्न सहयोग मिल्ने रेकर्डबुकचाहिं खोप प्रमाणितपत्रको रूपमा काम गर्दैन ।
- खोप प्रमाणित पत्र अनलाइनबाट नि शूलक जारी (कोरियन वा अंग्रेजी) गर्न सकिन्छ ।
 - खोप सेवा नुरीचिब साइन इन → [खोप व्यवस्थापन] → [इलेक्ट्रोनिक सिभिल सेव] → [खोप प्रमाण पत्र]
- बच्चाको खोप दिन नबिर्सनुको लागि अर्को खोप मिति र समय मेसेजबाट जानकारी दिने ।
 - डाक्टरको फोन रिसिब गर्ने बुबाआमा(अभिभावक)को फोन नम्बर दिने, अनिवर्य खोपको बारेमा अर्को खोपको मिति मेसेजबाट जानकारी दिने ।
 - यदि, मातृभाषा लिन इच्छ भएमा खोप लिने केन्द्रमा कुन भाषामा लिने बन्नु पर्दछ । कोरियन भाषासगै लिन इच्छ भएको भाषा मेसेजमा लिन सकिन्छ । अथवा अर्को खोप मिति संगै जानकारी लिन सकिने गारि अभिभावकको फोन नम्बर दर्ता गर्न सकिन्छ ।

■ बिदेशमा खोप लिएको बच्चाको खोप प्रमाणपत्र, आउने भेल लिएर आउनुहोस ।

बिदेशमा लामो समयको बसाइ पछि, आउने भेल ' अंग्रेजी खोप प्रमाणपत्र ' अथवा खोप केन्द्रको छाप वा अधिकारीक साइन (Official Signature or Stamp) भएको पत्र, आउने भेल लिएर आएर नजिकको स्वास्थ्य चौकीमा कम्प्युटर दर्ता गर्न अनुरोध गर्नुहोस ।

कोरियामाचाहिं समूहिक बसोवस गर्ने बच्चाहरू, विध्यर्थीको संक्रामक रोग रोकथाम व्यवस्थापन वा स्वस्थ सुरक्षाको लागि बच्चा हेरचाह घर वा प्राथमिक, मध्यमिक विद्यालयमा प्रवेश गर्दा खोप प्रमाणपत्र पेश गर्नु पर्ने खोप समप्ति भएको चेक गर्दछ ।

तर, रोग व्यवस्थापन मेन कार्यालयमा दर्ता भएको खण्डमा खोप प्रमाणपत्रलार्इ बच्चा हेरचाह घर वा विद्यालयमा पेश नगर्दा पनि हुन्छ ।

* आधार: 「संक्रामक रोगको रोकथाम र व्यवस्थापन सम्बन्धि ऐन」 धारा 31, 「स्कूल स्वास्थ्य ऐन」 धारा 10, 「शिशु हेरचाह ऐन」 धारा 31 उपधारा 3

राष्ट्रीय खोप सेवा परियोजनाको जानकारी

국가예방접종 사업안내

» बच्चाहरूको लागि राष्ट्रिय खोप सेवा परियोजना

खोपको लक्ष्य रोग संक्रामणबाट नागरिकलाई जोगाउनको लागि अनिवार्य लगाउनु पर्ने खोपको रकम चाहि पूर्णत सहयोग मिल्नेछ।

- सहयोग लक्ष्य: 12 वर्ष भन्दा मुनिका बच्चाहरू
 - ※ सहयोग पाउने व्यक्तिले नजिकको स्वास्थ्य चौकी वा तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्रमा सम्पर्क गर्ने
- सहयोग पाउने खोप: 18 प्रकार

क्षयरोग (BCG, इन्ट्राडेर्मल), हेपाटाइटिस बि(HepB), डिप्थेरिया/टिटानस/पटयुसिस(DTaP), टिटानस/ डिप्थेरिया (Td), टिटानस/ डिप्थेरिया / पटयुसिस (Tdap), पोलियो(IPV), डिप्थेरिया/टिटानस/पटयुसिस/ पोलियो (DTaP-IPV), डिप्थेरिया/टिटानस/पटयुसिस/ पोलियो /बी प्रकारको हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा(DTaP-IPV/Hib) बी प्रकारको हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा (Hib), न्यूमोककल रोग(PCV), दादुरा/प्यान्डोमिटम/रूबेला(MMR), चिकनपाँक्स(VAR), जापनीज इन्सेफलाइटिस निष्क्रियता खोप (IJEV), जापनीज इन्सेफलाइटिस एटेन्युएटेड लाइभ खोप (LJEV), हेपाटाइटिस A (HepA), मानव पापिलो भाइरस(HPV), इन्फ्लुएन्जा (IIV) रोटाभाइरस (RV)

※ इन्ट्राडेर्मल BCG हेपाटाइटिस A, न्यूमोककल रोग, हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा प्रकार b र आदि केही खोपको सहयोग चाहि उमेर अनुसार सीमित हुनेछ।

- खोप लगाउने केन्द्र: नजिकको तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्र वा स्वास्थ्य चौकी
 - ※ तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्र चेक गर्न खोप सहयोगी दनुरी जिव (<https://nip.kdca.go.kr>) स्वास्थ्य चौकी जानु अघि खोप लिन मिल्ने नमिल्ने चेक गर्नु होस्

» हेपाटाइटिस बी पेरिनेटल संक्रामण रोकथाम परियोजना

हेपाटाइटिस बी पोजेटिभ गर्भवती आमा देखि प्रजनन नवजात शिशूमा हेपाटाइटिस बी पेरिनेटल संक्रामण रोकथाम गर्नका लागि प्रजानन हुदा इम्युनोग्लोबुलिनको व्यवस्थापन र हेपाटाइटिस बी खोप, एन्टिजेन,एन्टिबडी परीक्षणको खर्च सहयोग गर्नेछ

- सहयोग लक्षित
 - हेपाटाइटिस बी सतह एन्टिजेन(HBsAg) वा एन्टिजेन इ (HBeAg) पोजेटिभ भएका आमाबाट जन्मेका शिशूको आमाको गर्भ अवस्था हुदाँ परीक्षण गरिएको नतिजा पत्र पेश गर्ने र व्यक्तिगत विवरण प्रदान गर्नेमा सहमति
 - ※ गर्भवती महिलाको गर्भवस्थामा (डेलिभरी भएको 7 दिन भित्र) हेपाटाइटिस बी परीक्षणको नतीजा चाहिने(परीक्षणको नतीजालाई डेलिभरी गरिएको स्वास्थ्य केन्द्रमा पेश गरेपछि परियोजनाको जानकारी लिने, व्यक्तिगत विवरण प्रदानको फारम दर्ता गरेपछि सहभागी हुन सकिनेछ)
- सहयोगको विषय
 - इम्युनोग्लोबुलिन 1 पटक(प्रजनन हुदा), आभारभूत खोप 3 पटक(0, 1, 6 महिना), आभारभूत खोप पछि हेपाटाइटिस बी एन्टिजेन. एन्टिबडी परीक्षण 1 पटकको खर्च पूरै सहयोग
 - ※ पहिलो प्रतिजन. एन्टीबडी परीक्षणको नतिजा अनुसार पुनः खोप (बढीमा 3 पटक) र पुनः परीक्षण (बढीमा 2 पटक) खर्चमा थप सहयोग
 - ※ तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्र चेक: खोप सहयोगी दनुरी जिव (<https://nip.kdca.go.kr>) स्वास्थ्य चौकी जानु अघि खोप लिन मिल्ने नमिल्ने चेक गर्नु होस्

राष्ट्रीय खोप सेवा परियोजना

국가예방접종 지원사업

» मानव प्यापिलोमा भाइरस (HPV) संक्रमणमा राष्ट्रिय खोप सेवा परियोजना

मानव प्यापिलो भाइरस(HPV) संक्रमणबाट हुने पाठेघरको मुखको क्यान्सर जस्ता क्यान्सरलाई रोक्न HPV खोपको खर्च सहयोग प्रदान गरिनेछ ।

- सहयोग लक्ष्य: 12 वर्ष ~ 17 वर्षको महिला, 18 ~ 26 वर्षको कम आय भएका * महिला
 - ※ 「 राष्ट्रिय आधारभूत जीविका सुरक्षा ऐन」 मा आधारभूत जीविकोपार्जन प्राप्तकर्ता निम्न वर्गका प्राप्तकर्ता (मानक औसत आय 50% भन्दा कम)
- सहयोगको विषय : मानव प्यापिलो भाइरस (HPV) संक्रमण रोकथाम खोप 2~3 पटक
 - * पहिलो खोपको उमेर 12 देखि 14 वर्षकालाई 2 पटक, 15 वर्ष र सोभन्दा माथि 3 पटक
 - * 12 वर्षका केटीहरूको लागि स्वास्थ्य परामर्श प्रदान
- सहयोग खोप: गडसिल (HPV4), सुबारिक्स(HPV2)
- खोप लगाउने केन्द्र: नजिकको तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्र वा स्वास्थ्य चौकी
 - ※ तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्र चेक: खोप सहयोगी दनुरी जिब (<https://nip.kdca.go.kr>)बाट चेक गर्न सकिने
 - स्वास्थ्य चौकी जानु अघि खोप लिन भिल्ले नभिल्ले चेक गर्नु होस्

» इन्फ्लुएन्जा राष्ट्रिय खोप परियोजना

इन्फ्लुएन्जा संक्रमण जटिलता उत्पन्न धेरै हुने जोखिम बृद्ध वा गर्भवती महिला, सामूहिक जीवनयापन गर्ने बालबालिकामा इन्फ्लुएन्जा रोकथाम र समुदायमा फैलावट नियन्त्रण गर्नका लागि खोपको खर्च पुरै सहयोग हुनेछ ।

- सहयोग लक्ष्य: जन्मेपछि 6 महिनादेखि 13 वर्षसम्मका बालबालिका, गर्भवती महिला, 65 वर्षभन्दा माथिका ज्येष्ठ नागरिक
- सहयोगको विषय: इन्फ्लुएन्जा 4 को खोप 1 पटक
- खोप लगाउने केन्द्र: तोकिएको स्वास्थ्य केन्द्र वा स्वास्थ्य चौकी
 - ※ खोप सहयोगी दनुरी जिब (<https://nip.kdca.go.kr>)बाट चेक गर्न सकिने
 - स्वास्थ्य चौकी जानु अघि खोप लिन भिल्ले नभिल्ले चेक गर्नु होस्

प्रा.वि. मध्यामिक विद्यालयमा भर्ना हुने विद्यार्थीहरूमा खोप प्रमाणीकरण परियोजना

초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

» प्रा.वि. मध्यामिक विद्यालयमा भर्ना हुने विद्यार्थीहरूमा खोप प्रमाणीकरण परियोजना

सामूहिक जीवनयापन गर्ने बच्चा भएमा रोग संक्रामण हुनेमा धेरै जोखिम हुने हुदाँ प्रा.वि. मध्यामिक विद्यालयमा भर्ना हुने विद्यार्थीहरूमा सामूहिक रोग प्रतिरोधात्मक क्षमता वृद्धि गर्न खोप पुरा भएको छ छैन चेक गर्ने छैन भने खोप लगाउन प्रोत्साहन गर्नु पर्दछ ।

* [रोग संक्रामणको रोकथाम र व्यवस्थापन सम्बन्धि ऐन] धारा 31, [विद्यालय स्वास्थ्य ऐन] धारा 10

● परियोजनाको लक्ष्य: प्रा.वि.बाट मध्यामिक विद्यालयमा भर्ना हुने सबै विद्यार्थीहरूको लागि

● खोप प्रमाणीकरण लक्ष्य

- (प्राथमिक विद्यालय) 4 देखि 6 वर्षमा खोप 4 प्रकार

DTaP 5औं, IPV 4औं, MMR 2औं, जापनीज इन्सेफलाइटिस (निष्क्रियता खोप 4औं वा एटेन्युएटेड लाइभ खोप 2औं)

- (मध्यामिक विद्यालय) 11 देखि 12 वर्षमा खोप 3 प्रकार

Tdap(वा Td) 6औं, जापनीज इन्सेफलाइटिस (निष्क्रियता खोप 5औं वा एटेन्युएटेड लाइभ खोप 2औं), HPV 1औं(किशोरी विद्यार्थी)

● परियोजना विधि

शिक्षा मन्त्रालयको प्रा.वि. मध्यामिक विद्यालयमा भर्ना हुने विद्यार्थीहरू विवरण र रोग नियन्त्रणा तथा रोकथाम विभागको खोप केन्द्रको विवरण लार्ड हेरि प्रमाणीकरण गर्ने र खोप लगाएको छ छैन चेक गर्ने र छैन भने खोप लगाउन प्रोत्साहन

※ कम्प्युटर सिस्टमा खोप सम्बन्धि विषयचाहि खोप सहयता नुरी जिबबाट हेर्न सकिने, खोप लगाएको दर्ता भएको छ भने स्कूलमा (खोप प्रमाणित पत्र) पेश गर्नु पर्दैन

※ (खोप निषेधित व्यक्ति) ले चिकित्सक पत्र (खोप) लिएको स्वास्थ्य केन्द्रको (खोप निषेधित कारण) सिस्टममा दर्ता गर्न अनुरोध, स्वास्थ्य केन्द्रबाट (खोप निषेधित कारण) सिस्टममा दर्ता गर्न गाह्रो भएमा (खोप निषेधित कारण) पुष्टि गरिएको चिकित्सक पत्र जारी गरि भर्ना गर्ने विद्यालयमा पेश गर्ने

▶ खोप निषेधित व्यक्ति

- खोप तत्वको बारेमा वा पहिले खोप लगाएपछि अत्यधिक एलर्जिको प्रतिक्रिया(अनफयलसिस) उत्पन्न भएको खण्डमा

- पटर्युसिस खोप लगाएको 7 दिन भित्र अन्य कुनै कारण बिना एन्सेफलोपाथी भएमा

- इम्यूनोडिफिशियन्सी वा इम्यूनोसप्रेसिभ प्रयोगकर्ता

* उच्च ज्वरो, इम्युनोग्लोबुलिन लिदा आदिको कारणले अण्डा एलर्जी, अथोपी आदि निषेधित कारणमा मानिने छैन



어린이가 건강할 대한민국 (네पाल어)

बच्चा स्वस्थ भएको कोरिया

표준예방접종일정표(2023) मानक खोप तालिका (2023)

대상감염병 सक्रामक रोगहरू	백신종류 및 방법 खोपको प्रकार र विधि	횟수 पटक	출생~1개월 이내 जन्मको महिना भित्र	1개월 1 महिना	2개월 2 महिना	4개월 4 महिना	6개월 6 महिना	12개월 12 महिना	15개월 15 महिना	18개월 18 महिना	19~23개월 19-23 महिना	24~35개월 24-35 महिना	만 4세 4 वर्ष	만 6세 6 वर्ष	만 11세 11 वर्ष	만 12세 12 वर्ष
B형간염 हेपेटाइटिस बी	HepB	3	HepB 1차 1회 HepB 2차 2회													
결핵 क्षयरोग	BCG (피내용)	1	BCG 1회 1회													
디프테리아 डिप्थीरिया	DTaP/Td	5		DTaP 1차 1회	DTaP 2차 2회	DTaP 3차 3회	DTaP 4차 4회	DTaP 5차 5회	DTaP 6차 6회	DTaP 7차 7회	DTaP 8차 8회	DTaP 9차 9회	DTaP 10차 10회	DTaP 11차 11회	DTaP 12차 12회	DTaP 13차 13회
파스퇴르 티디एस 백일해 लहरे खोकी	Tdap	1														
폴리오 फालियो	IPV	4		IPV 1차 1회	IPV 2차 2회	IPV 3차 3회	IPV 4차 4회	IPV 5차 5회	IPV 6차 6회	IPV 7차 7회	IPV 8차 8회	IPV 9차 9회	IPV 10차 10회	IPV 11차 11회	IPV 12차 12회	IPV 13차 13회
b형헤모필루스 인플루엔자 हेमोफिलस इन्फ्लुएन्जा प्रकारबी	Hib	4		Hib 1차 1회	Hib 2차 2회	Hib 3차 3회	Hib 4차 4회	Hib 5차 5회	Hib 6차 6회	Hib 7차 7회	Hib 8차 8회	Hib 9차 9회	Hib 10차 10회	Hib 11차 11회	Hib 12차 12회	Hib 13차 13회
패혈균 न्युमोकोकल	PCV	4		PCV 1차 1회	PCV 2차 2회	PCV 3차 3회	PCV 4차 4회	PCV 5차 5회	PCV 6차 6회	PCV 7차 7회	PCV 8차 8회	PCV 9차 9회	PCV 10차 10회	PCV 11차 11회	PCV 12차 12회	PCV 13차 13회
로타바이러스 감염증 रोटाभाइरस सक्रामक रोग	PPSV RV1 RV5	- 2 3														
홍역 다더 윙광 홍역 홍역 홍역	MMR	2														
수두 ठेउला	VAR	1														
A형간염 हेपेटाइटिस ए	HepA	2														
일본 뇌염	IJEV	5														
जापनी एन्सेफलाइटिस	LJEV	2														
사람유두종 바이러스 감염증 मानवयुदुकोमा भइरस सक्रामक रोग	HPV	2														
인플루एंजा इन्फ्लुएन्जा	IV	-														

- **국가예방접종** : 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 실시기준과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음) राष्टिय खोप : राष्ट्रियले तोकिएको अवस्थक खोप (देशचाहि सक्रामक रोगको रोकथाम र व्यवस्थापन सम्बन्धि कानून बाट खोप सक्रामक रोग र खोप मापदण्ड र विधि तयारी, यसको अधारमा सामान तयारी र प्रदान गरिरहेको)
- **기타예방접종** : 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종 अन्य खोप : खोप सक्रामक रोग वा तोकिएको सक्रामक रोग वा अन्य सक्रामक रोगबाट निजी स्वास्थ्य बिभागबाट दिन सकिने शुल्क लिने खोप
- **DTaP, IPV, Hib** : 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능
DTaP, IPV, Hib खोपचाहि खोप दिने मिति अनुसार DTaP-IPV वा DTaP-IPV/Hib मिश्रितखोप दिन

ຄຳແນະນຳ ຂັ້ນຕອນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ (ສຳລັບຄອບ ຄົວຫຼາຍວັດທະນະທຳ)

1. ຈົ່ງສົມທຽບໃບສອບຖາມ ກ່ອນເຂົ້າສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ທີ່ຂຽນເປັນພາສາລາວແລ້ວ ມາຕື່ມໃສ່ ໃບສອບຖາມ ກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ເປັນພາສາເກົາຫຼີ.

<ຂໍ້ ຄວນລະວັງ ໃນເວລາຕື່ມໃບສອບຖາມ ກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ>

- ຕ້ອງໄດ້ ຂຽນຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງລູກ ເປັນພາສາເກົາຫຼີ ຫຼື ອັງກິດ
- ຕ້ອງໄດ້ ລະບຸລະຫັດບັດປະຈຳຕົວ(ຫຼື ລະຫັດບັດຕ່າງໆ ດ້ວຍ). ໃນກໍລະນີ ທ່ານ ຍັງບໍ່ທັນມີລະຫັດບັດປະຈຳຕົວ, ທ່ານ ສາມາດນຳໃຊ້ 'ລະຫັດບັດຄຸ້ມຄອງຊົວຄາວ' ທີ່ສຸກສາລາ ອອກໃຫ້ນັ້ນ ແທນກໍໄດ້.
- ໃນກໍລະນີ ວັນເດືອນປີເກີດ ໃນບັດປະຈຳຕົວ ແລະ ວັນເດືອນປີເກີດຕົວຈິງ ບໍ່ກົງກັນ, ໃຫ້ ຂຽນວັນເດືອນປີເກີດຕົວຈິງ ໃສ່ໃນ ຫ້ອງຕາຕະລາງທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ.
 - * ວັນເດືອນປີ ທີ່ນັດສັກຢາ ແມ່ນອີງຕາມວັນເດືອນປີເກີດຕົວຈິງ, ເພາະສະນັ້ນ ຖ້າວ່າ ວັນເດືອນປີເກີດ ຫາກບໍ່ກົງກັບຕົວຈິງ ຕ້ອງໄດ້ ນຳເອົາ(ໃບຢັ້ງຢືນການເກີດ) ຫຼື ເອກະສານທີ່ສາມາດຢັ້ງຢືນວັນເກີດຕົວຈິງ ເຂົ້າໄປຫາຫ້ອງການສຸກສາລາ ທີ່ຢູ່ໃກ້ ກັບເຮືອນຂອງທ່ານ ເພື່ອສະເໜີຂໍ້ປ່ຽນໃຫ້ກົງກັນ.
- ຖ້າລູກຂອງທ່ານ ມີຫນຶ່ງ ໃນອາການເຈັບໄຂ້ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້, ແນະນຳໃຫ້ທ່ານ ເບິ່ງຕາຕະລາງແລ້ວ ລະບຸອາການໃສ່ໃນຫ້ອງ.

1. ໄຂ້ ຕົວຮ້ອນ, 2. ເປັນໄອ, 3. ເຈັບຄໍ(ຄໍໃຄໍ), 4. ຖອກທ້ອງ, 5. ເຈັບທ້ອງ,
6. ຮາກອອກ, 7. ເຈັບຫົວ, 8. ເມື່ອຍ, 9. ອື່ນໆ

2. ກະລຸນາລໍຖ້າຢູ່ຕໍ່ໜ້າຫ້ອງກວດ ຈົນກວ່າແພດໝໍ ເອີ້ນຊື່ລູກຂອງທ່ານ.
3. (ກ່ອນຈະ ສັກຢາປ້ອງກັນ) ຕ້ອງໄດ້ ກວດລາຍການສັກຢາຄັ້ງຜ່ານມາກ່ອນວ່າ ລູກຂອງທ່ານ ໄດ້ ສັກຢາເຂັມດັ່ງກ່າວແລ້ວບໍ່.
 ※ ແພດໝໍ ສາມາດກວດເບິ່ງລາຍການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສຳລັບລູກຂອງທ່ານ ຢູ່ໃນລະບົບຖານຂໍ້ມູນ ເອເລັກໂຕນິກໄດ້.
 ※ ຖ້າທ່ານ ມີປຶ້ມບັນທຶກລາຍການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຫຼື ໃບຮັບຮອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຂອງລູກ, ແນະນຳໃຫ້ທ່ານ ຍື່ນປຶ້ມດັ່ງກ່າວ ໃຫ້ທ່ານໝໍ.
4. (ກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນ) ຕ້ອງໄດ້ ຕັ້ງໃຈຟັງຄຳອະທິບາຍຂອງທ່ານໝໍ ກ່ຽວກັບຜົນການສຳຫຼວດກ່ອນ ສັກຢາປ້ອງກັນພະ ຍາດ ແລະ ອາການທີ່ຈະຕາມມາ.
 ※ ທ່ານ ບໍ່ສາມາດອ່ານພາສາເກົາຫຼີໄດ້, ສາມາດສະເໜີ ໃຫ້ທ່ານໝໍ ພິມຄຳແນະນຳການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ(VIS) ເປັນ ພາສາລາວ ໃຫ້ທ່ານ, ຫຼັງຈາກ ສັກຢາແລ້ວ ທ່ານ ຕ້ອງໄດ້ ທຳຄວາມເຂົ້າໃຈກ່ຽວກັບ 'ຂໍ້ ຄວນລະວັງ ພາຍຫຼັງ ສັກຢາແລ້ວ ແລະ ຜົນທີ່ຈະສະແດງອອກ ໃຫ້ລູກ ພາຍຫຼັງສັກຢາ'.
5. (ເວລາສັກຢາ) ຖ້າລູກ ສະແດງທຳທີ່ຍ້ານກົວ, ທ່ານ ຕ້ອງຈັບລູກມາອຸ້ມ ແລະ ວາງແຂນລູກອອກໄປຫາທ່ານໝໍ ເພື່ອໃຫ້ທ່ານໝໍ ສາມາດສັກຢາແກ່ລູກຂອງທ່ານ ໄດ້ ຢ່າງສະດວກ.
6. (ເວລາສັກຢາ) ກະລຸນາຟັງຄຳອະທິບາຍຂອງທ່ານໝໍ ກ່ອນ ແລະ ຫຼັງ ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ.
7. (ຫຼັງຈາກ ສັກຢາແລ້ວ) ກະລຸນາປຶກສາກັບທ່ານໝໍ ເພື່ອກຳນົດວັນນັດໝາຍສັກຢາ ຄັ້ງຕໍ່ໄປ)
 * ກະລຸນາລະບຸ 'ເບີໂທມືຖື ແລະ ຕິກໃສ່ຫ້ອງຕາຕະລາງ 'ຍອມຮັບຂໍ້ ຄວາມ' ໃສ່ໃນໃບສອບຖາມ ກ່ອນສັກຢາປ້ອງ ກັນພະຍາດ ແລະ ສະເໜີພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ໃຫ້ທ່ານໝໍ ຮັບຊາບ, ຊຶ່ງທ່ານໝໍ ຈະບັນທຶກການນັດໝາຍ ສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ ຊຶ່ງຈະສົ່ງຂໍ້ ຄວາມ 'ແຈ້ງເຕືອນມື້ນັດໝາຍ ສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ' ເປັນພາສາລາວ ໃຫ້ທ່ານທາງໂທລະສັບ.
 ຖ້າທ່ານ ເລືອກເອົາພາສາທີ່ທ່ານຕ້ອງການແລ້ວ, ທ່ານ ສາມາດລະບຸເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ປຶກ ຄອງຄົນອື່ນ(ທີ່ເປັນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ) ເພີ່ມເຕີມກໍໄດ້ ເພື່ອຮັບແນະນຳວັນນັດໝາຍສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ ທາງໂທລະ ສັບ.
8. (ຫຼັງຈາກ ສັກຢາແລ້ວ) ກະລຸນາ ນັ່ງພັກຜ່ອນ ຢູ່ໃນໂຮງໝໍ ເປັນເວລາ 20-30 ນາທີ ເພື່ອສັງເກດເບິ່ງວ່າ ລູກຂອງທ່ານ ມີອາການຜິດປົກກະຕິບໍ່.
9. (ເມື່ອກັບມາຮອດເຮືອນ) ຕ້ອງໄດ້ສັງເກດລູກ ໃຫ້ດີ ເປັນເວລາ 3 ຊົ່ວໂມງ ຂຶ້ນໄປ, ຖ້າຕົວຮ້ອນຂຶ້ນຜິດປົກກະຕິ ແລະ ມີອາການອື່ນໆ ເກີດຂຶ້ນ ຕ້ອງພາໄປຫາໝໍ ເພື່ອປິ່ນປົວໃຫ້ ທັນການ.
- ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການນາຍແປພາສາ ໃນເວລາພາລູກໄປສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສາມາດຕິດຕໍ່ຂໍ້ຄວາມ ຊ່ວຍເຫຼືອ ນຳສູນດານູລີ (☎ 1577-1366).

ໃບສອບຖາມ ກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ

ເພື່ອຮັບປະກັນ ໃຫ້ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດມີຄວາມປອດໄພ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ອ່ານຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ໃຫ້ລະອຽດຊັດເຈນ, ພ້ອມທັງລົງລາຍເຊັນຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ) ໃສ່ໃນລາຍການທີ່ກຳນົດໃຫ້.

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ	ເລກບັດປະຈຳຕົວ	-	(<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ)
ວັນເດືອນປີເກີດ ຕົວຈິງ	ເລກບັດຕ່າງຕ່າງ	-	(<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ)
ເປີໂທ	(ເຮືອນ)	(ມິຖີ)	ນ້ຳໜັກ kg

ເຫັນດີ ໃຫ້ແພດໝໍ ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ເພື່ອດຳເນີນວຽກການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງ) ເຫັນດີ

ອີງຕາມ 'ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່' ມາດຕາ 32 ແລະ ດຳລັດວ່າດ້ວຍການຈັດຕັ້ງປະຕິບັດກົດໝາຍດັ່ງກ່າວ ມາດຕາ 32 ຂໍ້ 3, ຈະມີການເກັບກຳຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ປະເພດເລກບັດປະຈຳຕົວ ແລະ ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນ ໂດຍຂໍ້ມູນທີ່ຕ້ອງການເພີ່ມເຕີມ ມີດັ່ງລຸ່ມນີ້.

- ຈຸດປະສົງການນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ: ເພື່ອແຈ້ງເຕືອນເປັນຂໍ້ຄວາມ ກ່ຽວກັບການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແບບບັງຄັບ ແລະ ວັນນັດໝາຍການສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ, ແຈ້ງລາຍການສັກຢາ ແລະ ແຈ້ງເຕືອນອາການ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ ຫຼັງສັກຢາ.
- ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ຕ້ອງການນຳໃຊ້: ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ລວມທັງ ຂໍ້ມູນທີ່ລະອຽດອ່ອນ, ເລກບັດປະຈຳຕົວ), ເປີໂທ (ເຮືອນ ແລະ ມິຖີ)
- ໄລຍະເວລາການເກັບຮັກສາ ແລະ ນຳໃຊ້ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ: 5 ປີ

ກ່ອນຈະສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ, ຂ້າພະເຈົ້າ ເຫັນດີ ໃຫ້ແພດໝໍ ກວດຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຕົນເອງ ຢູ່ໃນລະບົບຖານຂໍ້ມູນເພື່ອຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ. ຖ້າທ່ານ ບໍ່ເຫັນດີ ໃຫ້ແພດໝໍ ກວດຂໍ້ມູນການສັກຢາ ລ່ວງໜ້າ, ລູກຂອງທ່ານ ອາດຈະຖືກສັກຢາເພີ່ມເຕີມບາງຢ່າງ ທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ ແລະ ສັກຢາຊ້ຳຊ້ອນ ທີ່ເກີດຂຶ້ນ.	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນທາງມິຖີ ກ່ຽວກັບວັນນັດໝາຍສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ ແລະ ຜົນການສັກຢາ ຄົບຖານກຳນົດ * ຖ້າທ່ານ ບໍ່ເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງທາງມິຖີ, ທ່ານ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ບໍ່ເຫັນດີນັ້ນ.	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຂ້າພະເຈົ້າ ເຫັນດີ ຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງອະທິບາຍອາການເຈັບ ຫຼັງຈາກສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແລ້ວ * ຖ້າທ່ານ ບໍ່ເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງທາງມິຖີ, ທ່ານ ຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວທີ່ບໍ່ເຫັນດີນັ້ນ.	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ

ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຂອງຜູ້ທີ່ຈະຖືກສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງ) ເຫັນດີ

ລູກຂອງທ່ານ ມີອາການເຈັບຢູ່ບ່ອນໃດໜຶ່ງບໍ່? ຈົ່ງລະບຸອາການເຈັບໃສ່ລຸ່ມນີ້. ()	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຫຼັງຈາກກິນຢາ ຫຼື ອາຫານ(ລວມທັງ ໂຂ່) ຫຼື ຢາວັກຊີນແລ້ວ, ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍເກີດອາການແພ້ຢາ ຫຼື ແພ້ອາຫານບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຜ່ານມາ ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍເກີດອາການໄຂ້ ຫຼື ຕົວຮ້ອນ ຫຼັງຈາກສັກຢາບໍ່? ຖ້າເຄີຍເກີດ, ຂໍໃຫ້ທ່ານ ລະບຸຊື່ຢາ ທີ່ສັກປ້ອງກັນນັ້ນ ໃສ່ລຸ່ມນີ້ (ຊື່ຢາທີ່ໄດ້ສັກເຮັດໃຫ້ລູກຕົວຮ້ອນ:)	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຜ່ານມາ ທ່ານ ເຄີຍພາລູກໄປປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍ ຍ້ອນພະຍາດເຕັກເຕີນາບໍ່ສົມບູນແບບ, ຫາຍໃຈຟິດ, ພະຍາດປູອດ, ພະຍາດຫົວໃຈ, ພະຍາດໝາກໄຂ່ຫຼັງ, ພະຍາດຕັບ, ພະຍາດເບົາຫວານ, ພະຍາດຂັບຖ່າຍພາຍໃນ, ພະຍາດໂລຫິດ ແລະ ພະຍາດອື່ນໆ ບໍ່? ຖ້າວ່າ ເຄີຍ, ຈົ່ງລະບຸພະຍາດ ທີ່ເຄີຍປິ່ນປົວຜ່ານມາ ()	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ຜ່ານມາ ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍເປັນລົມ (ຊັກ) ຫຼື ມີໂລກຈິດ (ລວມທັງ ເສຍຈິດ, ເປັນບ້າ) ປະຈຳຕົວບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ລູກຂອງທ່ານ ມີພະຍາດນະເຮັງ, ພະຍາດນະເລັງໃນເມັດເລືອດ ຫຼື ພະຍາດຮ້າຍແຮງອື່ນໆບໍ່? ຖ້າມີ ຈົ່ງລະບຸຊື່ພະຍາດ ໃສ່ລຸ່ມນີ້ (ຊື່ພະຍາດ :)	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ໃນໄລຍະ 3 ເດືອນຜ່ານມານີ້, ລູກຂອງທ່ານ ເຄີຍໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວດ້ວຍຢາສະເຕີຣອຍ, ຢາຕ້ານນະເຮັງ ແລະ ລັງສີ (ເອັກສເຣ່)ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ໃນໄລຍະ 1 ປີ ຜ່ານມານີ້, ລູກຂອງທ່ານເຄີຍໃສ່ເລືອດ ຫຼື ກິນຢາເພີ່ມມູນຕ້ານໜ້າ ໃນຮ່າງກາຍບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
ໃນໄລຍະ 1 ເດືອນ ຜ່ານມານີ້, ລູກຂອງທ່ານ ໄດ້ໄປສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດບໍ່? ຖ້າໄດ້ໄປ ຈົ່ງລະບຸຢາປ້ອງກັນ ພະຍາດ ທີ່ໄດ້ໄປສັກນັ້ນ. (ຊື່ຢາປ້ອງກັນພະຍາດ :)	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ
(ແມ່ຍິງ) ປະຈຸບັນ ກຳລັງຖືພາ ຫຼື ຕໍ່ໄປ ມີຄວາມເປັນໄປໄດ້ ທີ່ອາດຈະຖືພາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ເຫັນດີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຫັນດີ

ອີງໃສ່ຜົນການປິ່ນປົວຂອງແພດໝໍ ແລະ ການອະທິບາຍ ກ່ຽວກັບອາການຫຼັງສັກຢາ, ຂ້າພະເຈົ້າ ເຫັນດີສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ໃຫ້ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ, ຜູ້ປົກຄອງ) ຊື່: (ລາຍເຊັນ) ສາຍພົວພັນກັບຜູ້ຖືກສັກຢາ :
* ກ່ອນການແຈ້ງເກີດ, ຖ້າເປັນເດັກເກີດໃໝ່ ເລກບັດປະຈຳຕົວຂອງຜູ້ຕາງໜ້າທາງກົດໝາຍ (-) ປີ ເດືອນ ວັນ

ຜົນການກວດກາຂອງແພດ (ຄຳເຫັນຂອງແພດ)		ຍິນຍັນ <input checked="" type="checkbox"/>
ອຸນຫະພູມ: °C	ໄດ້ອະທິບາຍ ອາການທີ່ເກີດຂຶ້ນ ພາຍຫຼັງສັກຢາ ໃຫ້ຜູ້ປົກ ຄອງເດັກຮັບຮູ້ແລ້ວ	<input type="checkbox"/>
'ພາຍຫຼັງ ສັກຢາແລ້ວ, ໄດ້ແນະນຳໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງເດັກ ພາເດັກລໍຖ້າ ຢູ່ຈຸດສັກຢາ ເປັນເວລາ 20-30 ນາທີ ເພື່ອສັງເກດອາການ ທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນ'		<input type="checkbox"/>
ຜົນການກວດກາ :		
ບໍ່ມີບັນຫາຫຍັງ, ເດັກຜູ້ນີ້ ສາມາດເຂົ້າສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດໄດ້. ຊື່ແພດ : (ລາຍເຊັນ)		

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

ກະລຸນາກວດເບິ່ງການບັນທຶກສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສໍາລັບລູກຂອງທ່ານ

■ ການບັນທຶກຂໍ້ ມູນສັກຢາ ເຂົ້າໃນລະບົບເອເລັກໂຕຣນິກ ມີຜົນດີແນວໃດ?

- ທ່ານ ສາມາດກວດເບິ່ງການບັນທຶກຂໍ້ ມູນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດສໍາລັບລູກຂອງທ່ານ ຢູ່ໃນເວັບໄຊ້ ນູລິຈິບ (<https://nip.kdca.go.kr>) ຫຼື ຜ່ານແອັບທາງໂທລະສັບມືຖື
 - ສະໝັກເປັນສາມະຊິກຂອງເວັບໄຊ້ ນູລິຈິບ (<https://nip.kdca.go.kr>) ເພື່ອຈົດທະບຽນ ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ໃຫ້ລູກຂອງທ່ານ.
 - ລັອກອິນເຂົ້າສູ່ລະບົບຂອງເວັບໄຊ້ ນູລິຈິບ → [ຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ] → [ຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດຂອງລູກ] → [ຕື່ມຂໍ້ມູນຂອງລູກໃສ່].
 - ທ່ານ ສາມາດກວດເບິ່ງການບັນທຶກຂໍ້ ມູນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສໍາລັບລູກຂອງທ່ານ ດ້ວຍວິທີດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້
 - ລັອກອິນເຂົ້າສູ່ລະບົບຂອງເວັບໄຊ້ ນູລິຈິບ → [ຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ] → [ຄຸ້ມຄອງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດຂອງລູກ] → [ກວດເບິ່ງລາຍການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດຂອງລູກ].
 - ※ ໃນກໍລະນີ ບໍ່ໄດ້ລົງທະບຽນ ເມື່ອໃນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ, ທ່ານ ສາມາດສະເໜີໃຫ້ສູນການແພດທີ່ບໍລິການສັກຢາໃຫ້ທ່ານນັ້ນ ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນລະບົບເອເລັກໂຕຣນິກ
 - ※ ປຶ້ມບັນທຶກລາຍການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ເປັນປຶ້ມທີ່ສາມາດຊ່ວຍໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງຮູ້ໄດ້ເຖິງເມື່ອໃນລາຍການທີ່ໄດ້ ສັກຢາປ້ອງກັນໄປແລ້ວ, ແຕ່ບໍ່ສາມາດຈະນໍາໃຊ້ເປັນໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ.
- ສໍາລັບ ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ແມ່ນສາມາດພິມອອກໄດ້ ໂດຍທາງອອກລາຍ ໂດຍບໍ່ໄດ້ ເສຍຄ່າ (ສາມາດພິມເປັນພາສາເກົາຫຼີ ຫຼື ພາສາອັງກິດ).
 - ລັອກອິນເຂົ້າໃນເວັບໄຊ້ນູລິຈິບ → [ການຄຸ້ມຄອງການສັກຢາ] → [ການບໍລິການປະຊາຊົນ ທາງເອເລັກໂຕຣນິກ] → [ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ]
 - ຈະມີລະບົບສົ່ງຂໍ້ ຄວາມມາແຈ້ງເຕືອນທາງໂທລະສັບ ເພື່ອບໍ່ໃຫ້ ຜູ້ປົກຄອງເດັກ ລືມວັນເວລາ ໃນການພາລູກໄປສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ.
 - ພຽງແຕ່ທ່ານ ບອກເບີໂທມືຖືຂອງພໍ່ ຫຼື ແມ່(ຜູ້ປົກຄອງ)ເດັກ ໃຫ້ທີມງານແພດເທົ່ານັ້ນ, ເພິ່ນກໍຈະສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ມາແຈ້ງເຕືອນ ທາງໂທລະສັບ ໃຫ້ທ່ານ ບໍລິມ.
 - ຖ້າທ່ານ ຕ້ອງການຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນ ເປັນພາສາລາວ ຫຼື ພາສາຕ່າງປະເທດອື່ນໆ ສາມາດສະເໜີ ໃຫ້ທ່ານໝໍໄດ້. ທາງທີມງານຈະສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ມາແຈ້ງເຕືອນເປັນພາສາຕ່າງປະເທດ ຮ່ວມກັບພາສາເກົາຫຼີ. ນອກຈາກນີ້, ທ່ານ ຍັງສາມາດລະບຸເບີໂທຂອງຜູ້ປົກຄອງຄົນອື່ນ (ທີ່ເປັນສະມາຊິກຄອບຄົວຂອງທ່ານ) ເຂົ້າໃນລະບົບ ເພື່ອຮັບຂໍ້ຄວາມແຈ້ງເຕືອນ ວັນເວລານັດໝາຍສັກຢາຄັ້ງຕໍ່ໄປ.

■ ຜູ້ທີ່ໄດ້ ສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຢູ່ຕ່າງປະເທດ, ເວລາເຂົ້າມາປະເທດເກົາຫຼີ ຕ້ອງໄດ້ ກຽມໃບຢັ້ງຢືນ ການສັກຢາ ຂອງຕ່າງປະເທດ ມາພ້ອມ.

ຜູ້ປົກຄອງ ທີ່ພາລູກໄປຢູ່ຕ່າງປະເທດ ເປັນໄລຍະຍາວນານ, ເວລາກັບມາປະເທດເກົາຫຼີ ຕ້ອງໄດ້ ກຽມ 'ໃບຢັ້ງຢືນ ການສັກຢາປ້ອງກັນ' ຫຼື 'ໜັງສືຢັ້ງຢືນຈາກແພດໝໍ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ພ້ອມທັງ ມີລາຍເຊັນ ຫຼື ຈໍາຢັ້ງຢືນຄວາມ ຖືກຕ້ອງ(Official Signature or Stamp), ເມື່ອມາຮອດເກົາຫຼີແລ້ວ ຕ້ອງໄດ້ ເຂົ້າໄປຫາສູກ ສາລາ ທີ່ຢູ່ໃກ້ກັບ ຕົວທ່ານ ເພື່ອສະເໜີໃຫ້ແພດເກົາຫຼີ ຈົດທະບຽນຂໍ້ ມູນລູກຂອງທ່ານ ເຂົ້າໃນລະບົບຖານ ຂໍ້ ມູນເອເລັກໂຕຣນິກ.

ຢູ່ໃນປະເທດເກົາຫຼີນີ້, ເວລາທ່ານ ພາລູກໄປຝາກ ຫຼື ເຂົ້າຮຽນອະນຸບານ ຫຼື ປະຖົມ-ມັດທະຍົມ, ແຕ່ລະໂຮງຮຽນ ຈະມີການຮ້ອງຂໍໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ໂດຍຈະຂໍກວດເບິ່ງວ່າ* ລູກຂອງທ່ານ ຖືກສັກຢາ ປ້ອງກັນ ພະຍາດຄົບຕາມກໍານົດແລ້ວບໍ່.

ແຕ່ວ່າ, ໃນກໍລະນີ ຂໍ້ ມູນຂອງລູກ ຖືກລົງທະບຽນ ເຂົ້າໃນຖານຂໍ້ ມູນເອເລັກໂຕຣນິກຂອງສໍານັກງານຄວບຄຸມພະ ຍາດແລ້ວນັ້ນ, ບໍ່ຈໍາເປັນຕ້ອງໄດ້ ຍືນໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ໃຫ້ ໂຮງຮຽນ ກໍໄດ້.

* ບ່ອນອື່ງ: ອີງຕາມ 'ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່' ມາດຕາ 31, 'ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບໃນໂຮງຮຽນ' ມາດຕາ 10 ແລະ 'ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການສຶກສາຂອງເດັກ' ມາດຕາ 31 ຂໍ້3.

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ 국가예방접종 사업안내

» ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສໍາລັບເດັກນ້ອຍ

ເປັນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆສໍາລັບສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດແບບບັງຄັບ ເພື່ອປ້ອງກັນ ໃຫ້ປະຊາຊົນທຸກຄົນ ປອດໄພຈາກ ການຕິດເຊື້ອພະຍາດອັກເສບຕ່າງໆ.

- ກຸ່ມເປົ້າໝາຍຊ່ວຍເຫຼືອ: ເດັກນ້ອຍ ທີ່ມີອາຍຸ ຕໍ່າກວ່າ 12 ປີ ລົງມາ
 - ※ ເງື່ອນໄຂທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ສາມາດສອບຖາມ ສຸກສາລາ ທີ່ໄກ້ບ້ານຕົນເອງ ຫຼື ສູນການແພດ ທີ່ກໍານົດໃຫ້.
- ຢາວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດ ທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອ: ມີ 18 ປະເພດ

ວັນນະໂລກ(BCG,ບໍ່ມີເນື້ອໃນ),ອັກເສບຕັບB(HepB),ພະຍາດຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ໄອໂກ່(DTaP), ບາດທະຍັກ/ພະຍາດຄໍຕິບ(Td),ພະຍາດຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ໄອໂກ່(DTaPV),ພະຍາດຄໍຕິບ(DTaP),ໂປລີໂອ(IPV),ພະຍາດຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ໄອໂກ່/ໂປລີໂອ(DTaP-IPV),ພະຍາດຄໍຕິບ/ບາດທະຍັກ/ ໄອໂກ່/ໂປລີໂອ/ໄຂ້ ຫວັດໃຫຍ່ເຮໂມພິລຸດສ໌ປະເພດb(DTaP-IPV/Hib),ໄຂ້ ຫວັດໃຫຍ່ເຮໂມພິລຸດສ໌ປະເພດb(Hib), ອັກເສບປອດ(PCV),ໝາກແດງ/ອັກເສບໝາກເບີດ/ພະຍາດຕຸ່ມເຢຍລະມັນ(MMR),ຕຸ່ມໂກ່(VAR),ອັກເສບຕັບA(HepA),ວັກຊີນກຳຈັດອັກເສບສະໜອງຍີ່ປຸ່ນ(IJEV),ວັກຊີນສິດສໍາລັບບໍາບັດອັກເສບສະໜອງຍີ່ປຸ່ນ(LJEV),ໄວຣັດພາພິວໂລມາມະນຸດ(HPV),ພະຍາດໄຂ້ ຫວັດ(IIIV), ໄວຣັດໂຣຕາ(RV)

- ※ ສໍາລັບ ການຊ່ວຍເຫຼືອ ພະຍາດທາງຜິວໜັງBCG, ຢາວັກຊີນປ້ອງກັນອັກເສບຕັບA, ໄຂ້ ຫວັດໃຫຍ່ເຮໂມພິວລັຊ ຊະນິດ B ແລະ ອັກເສບປອດ ແມ່ນມີຂໍ້ຈຳກັດຕາມອາຍຸ.
- ສະຖານທີ່ບໍລິການສັກຢາ : ສຸກສາລາ ຫຼື ສູນການແພດ ທີ່ກໍານົດໃຫ້ ຢູ່ໄກ້ບ້ານ ຂອງຕົນເອງ.
 - ※ ວິທີຊອກຫາສູນການແພດທີ່ກໍານົດໃຫ້ : ສາມາດຄົ້ນຫາໃນເວັບໄຊ້ ນູລິຈີບ(<https://nip.kdca.go.kr>)
ສູນສາທາລະນະສຸກ: ທ່ານຕ້ອງກວດເບິ່ງວ່າສາມາດສັກຢາວັກຊີນໄດ້ບໍ່ ກ່ອນທີ່ຈະຢ້ຽມຢາມ

» ໂຄງການສັກຢາປ້ອງກັນອັກເສບຕັບB ສໍາລັບແມ່ມານ

ເປັນໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າສັກຢາເພີ່ມພູມຕໍ່ ານທານ ແລະ ຢາວັກຊີນປ້ອງກັນການແຜ່ເຊື້ອອັກເສບຕັບB ຈາກແມ່ມານ ສູ່ລູກໃນທ້ອງ ລວມທັງຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ໃນການກວດຫາເຊື້ອອັກເສບຕັບ ແກ່ບັນດາແມ່ຍິງທີ່ກຳລັງຖືພາ ທີ່ພົບວ່າມີເຊື້ອພະຍາດອັກເສບຕັບB.

- ກຸ່ມທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ :
 - ເດັກນ້ອຍ ທີ່ເກີດຈາກແມ່ຜູ້ທີ່ມີເຊື້ອອັກເສບຕັບB ທີ່ໄດ້ຮັບການຍືນຍັນຜົນກວດ HBsAg ແລະ ພູມຕໍ່ານທານe(HBeAg) ອອກມາເປັນບວກ, ໂດຍໃນໄລຍະເວລາທີ່ຖືພານັ້ນ ໄດ້ລົງຜົນ ກວດ* ແລະ ໃບເຫັນດີສະໜອງຂໍ້ ມູນຕົນເອງ ໃຫ້ແພດແລ້ວ.
 - ※ ຜົນກວດ HBsAg ແລະ ພູມຕໍ່ານທານe(HBeAg) ອອກມາເປັນບວກ ໂດຍທີ່ໄດ້ກວດ ໃນໄລຍະທີ່ກຳລັງຖືພາ ຫຼື ຫຼັງຖືພາ ໄດ້ພຽງ 7 ມື້ລົງມາ.
- ເນື້ອໃນການຊ່ວຍເຫຼືອ
 - ສັກຢາເພີ່ມພູມຕໍ່ານທານໂກຣບູລິນ ໃຫ້ 1ຄັ້ງ(ໃນເວລາເກີດ), ສັກຢາປ້ອງກັນພື້ນຖານ ໃຫ້ 3ຄັ້ງ(ເວລາອາຍຸໄດ້ 0, 1, 6 ເດືອນ), ຫຼັງຈາກ ສັກຢາປ້ອງກັນພື້ນຖານແລ້ວ, ກໍກວດວັດແທກພູມຕໍ່ານທານ ໃນການຕໍ່ານເຊື້ອອັກເສບຕັບB ໂດຍຄ່າຢາ ແລະ ຄ່າກວດ ທັງໝົດ ແມ່ນທາງໂຄງການ ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບ.
 - ※ ຈະມີການພິຈາລະນາຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມ ຕໍ່ຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ໃນການສັກຢາປ້ອງກັນເພີ່ມເຕີມ(ສູງສຸດ 3ຄັ້ງ ແລະ ກວດຫາເຊື້ອຄືນໃໝ່(ສູງສຸດ 2ຄັ້ງ) ໂດຍອີງຕາມຜົນກວດພູມຕໍ່ານທານ ຄັ້ງທີ1.
 - ※ ວິທີຊອກຫາສູນການແພດທີ່ກໍານົດໃຫ້ : ສາມາດຄົ້ນຫາໃນເວັບໄຊ້ ນູລິຈີບ(<https://nip.kdca.go.kr>)
ສູນສາທາລະນະສຸກ: ທ່ານຕ້ອງກວດເບິ່ງວ່າສາມາດສັກຢາວັກຊີນໄດ້ບໍ່ ກ່ອນທີ່ຈະຢ້ຽມຢາມ

ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສັກຢາບ໌ ອງກັນພະຍາດແຫ່ງຊາດ

국가예방접종 지원사업

» ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອແຫ່ງຊາດ ສໍາລັບສັກຢາບ໌ ອງກັນເຊື້ອໄວຣັສ papilloma virus ຂອງມະນຸດ(HPV) ພວກເຮົາສະໜັບສະໜູນຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຂອງການສັກຢາບ໌ ອງກັນ HPV ເພື່ອປ້ອງກັນມະເຮັງເຊັ່ນ: ມະເຮັງປາກມົດລູກທີ່ເກີດຈາກການຕິດເຊື້ອຂອງມະນຸດ papillomavirus (HPV).

- ກຸ່ມເປົ້າໝາຍ ທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອ : ເຍົາວະຊົນ ທີ່ເປັນເພດຍິງ ໃນໄວອາຍຸ 12-17ປີ, ຫຼື ຍິງສາວ ທີ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວ ທີ່ມີລາຍຮັບຕໍ່າ ທີ່ມີອາຍຸ ລະຫວ່າງ 18-26 ປີ*.

※ 「ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍຄວາມປອດໄພຊີວິດການເປັນຢູ່ຂັ້ນພື້ນຖານແຫ່ງຊາດ」 ຜູ້ທີ່ຢູ່ໃນຄອບຄົວ ທີ່ໄດ້ຮັບເງິນອຸດໜູນພື້ນຖານ ຫຼື ຄອບຄົວທີ່ມີລາຍຮັບຕໍ່າ(ຕໍ່າກວ່າ 50%ຂອງມາດຖານ ລາຍຮັບປານກາງ.

- ເນື້ອໃນການຊ່ວຍເຫຼືອ : ຊ່ວຍສັກຢາບ໌ ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່ຈາກເຊື້ອໄວຣັດ HPV ເປັນຈໍານວນ 2-3 ຄັ້ງ*

* ການສັກຄັ້ງທໍາອິດ ແມ່ນຕອນອາຍຸ 12-14ປີ ໂດຍສັກ 2ຄັ້ງ, ເມື່ອອາຍຸ 15ປີຂຶ້ນໄປ ແມ່ນສັກ 3ຄັ້ງ

* ກໍລະນີ ສັກໃຫ້ ເດັກຍິງ ທີ່ມີອາຍຸ 12ປີ, ແມ່ນຈະບໍລິການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານສຸຂະພາບ ໃຫ້ຕື່ມ.

- ຢາວັກຊີນທີ່ຊ່ວຍເຫຼືອ : ກາດາຊິນ(HPV4), ເຊີຣິດສ(HPV2)

- ສະຖານທີ່ບໍລິການສັກຢາ : ສຸກສາລາ ຫຼື ສູນການແພດ ທີ່ກໍານົດໃຫ້ ຢູ່ໃກ້ບ້ານ ຂອງຕົນເອງ.

※ ວິທີຊອກຫາສູນການແພດທີ່ກໍານົດໃຫ້ : ສາມາດຄົ້ນຫາໃນເວັບໄຊ້ ນູລິຈີບ(<https://nip.kdca.go.kr>)

ສູນສາທາລະນະສຸກ: ທ່ານຕ້ອງກວດເບິ່ງວ່າສາມາດສັກຢາວັກຊີນໄດ້ບໍ່ ກ່ອນທີ່ຈະຍ້ຽມຢາມ

» ໂຄງການຊ່ວຍເຫຼືອສັກຢາບ໌ ອງກັນພະຍາດໄຂ້ ຫວັດສັດປີກແຫ່ງຊາດ

ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອຄ່າໃຊ້ຈ່າຍຕ່າງໆ ສໍາລັບສັກຢາບ໌ ອງກັນພະຍາດໄຂ້ ຫວັດໃຫຍ່ ແກ່ບັນດາຜູ້ອາຍຸສູງ, ແມ່ມານ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ທີ່ອາໄສຢູ່ຮ່ວມກັນ ທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ ທີ່ຈະຕິດພະຍາດອັນຕະລາຍສູງ ຊະນິດຕ່າງໆ ໃນເວລາເປັນໄຂ້ຫວັດໃຫຍ່.

- ກຸ່ມເປົ້າໝາຍ ທີ່ຈະຊ່ວຍເຫຼືອ : ເດັກນ້ອຍ ທີ່ມີອາຍຸ ລະຫວ່າງ 6 ເດືອນ ຫາ 13 ປີ, ແມ່ຍິງຖືພາ ແລະ ຜູ້ເຖົ້າ ທີ່ມີອາຍຸ 65ປີ ຂຶ້ນໄປ

- ເນື້ອໃນການຊ່ວຍເຫຼືອ : ຊ່ວຍສັກຢາບ໌ ອງກັນພະຍາດໄຂ້ ຫວັດສັດປີກ ຄົບ4ປະເພດ

- ສະຖານທີ່ບໍລິການສັກຢາ : ສຸກສາລາ ຫຼື ສູນການແພດ ທີ່ກໍານົດໃຫ້ ຢູ່ໃກ້ບ້ານ ຂອງຕົນເອງ.

※ ວິທີຊອກຫາສູນການແພດທີ່ກໍານົດໃຫ້ : ສາມາດຄົ້ນຫາໃນເວັບໄຊ້ ນູລິຈີບ(<https://nip.kdca.go.kr>)

ສູນສາທາລະນະສຸກ: ທ່ານຕ້ອງກວດເບິ່ງວ່າສາມາດສັກຢາວັກຊີນໄດ້ບໍ່ ກ່ອນທີ່ຈະຍ້ຽມຢາມ

ໂຄງການກວດຄົ້ນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສຳລັບນັກຮຽນປະຖົມ ແລະ ມັດທະຍົມ

초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

» ໂຄງການກວດຄົ້ນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ສຳລັບນັກຮຽນປະຖົມ ແລະ ມັດທະຍົມ ສຳລັບເດັກນ້ອຍ ທີ່ໃຊ້ຊີວິດ ເປັນຄະນະຫຼາຍຄົນ ຢູ່ໃນບ່ອນດຽວກັນ ແມ່ນມີຄວາມສ່ຽງສູງ ທີ່ຈະຕິດເຊື້ອພະຍາດປະເພດ ຕ່າງໆໄດ້ງ່າຍ, ເພາະສະນັ້ນ, ຈຶ່ງມີໂຄງການກວດຄົ້ນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ແລະ ລົງທະບຽນ ສຳລັບຜູ້ທີ່ບໍ່ໄດ້ ສັກຢາປ້ອງກັນ ເພື່ອສັກຢາເພີ່ມຕົ້ນທ່ານ ໃຫ້ສູງຂຶ້ນ ໂດຍເບົາໝາຍ ແມ່ນສຸ່ມໃສ່ເດັກນັກຮຽນປະຖົມ ແລະ ມັດທະຍົມ.

* ອີງຕາມ[ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການປ້ອງກັນ ແລະ ຄຸ້ມຄອງພະຍາດຕິດຕໍ່] ມາດຕາ 31, [ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍສຸຂະພາບ ໃນໂຮງຮຽນ] ມາດຕາ 10.

- ເບົາໝາຍໂຄງການ: ເດັກນັກຮຽນໝົດທຸກຄົນ ທີ່ເຂົ້າຮຽນຊັ້ນປະຖົມ ແລະ ມັດທະຍົມ
- ໂຄງການ ກວດກາຄົ້ນ ແລະ ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດຄົ້ນໃໝ່
 - (ເດັກນ້ອຍ ທີ່ກຳລັງຈະເຂົ້າຮຽນປະຖົມ) ທີ່ມີອາຍຸ 4-6 ປີ ແມ່ນຈະສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ 4 ປະເພດ.

ສັກ DTaP 5ຄັ້ງ, IPV 4ຄັ້ງ, MMR 2ຄັ້ງ, ສະໝອງອັກເສບຍີ່ປຸ່ນ(ວັນຊິນເສີມກຳລັງຕົ້ນທ່ານ 4ຄັ້ງ, ວັກຊິນສົດ ກຳຈັດເຊື້ອ 2ຄັ້ງ.
 - (ເດັກນ້ອຍ ທີ່ກຳລັງຈະເຂົ້າຮຽນມັດທະຍົມ) ທີ່ມີອາຍຸ 11-12ປີ ແມ່ນຈະສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ 3 ປະເພດ.

ສັກຢາ Tdap(ຫຼື Td) 6ຄັ້ງ, ສະໝອງອັກເສບຍີ່ປຸ່ນ(ວັນຊິນເສີມກຳລັງຕົ້ນທ່ານ 5ຄັ້ງ, ວັກຊິນສົດ ກຳຈັດເຊື້ອ 2ຄັ້ງ), HPV 1ຄັ້ງ(ໂດຍສຸ່ມໃສ່ເດັກນັກຮຽນຍິງ)

- ແບບແຜນໂຄງການ

ເກັບກຳຂໍ້ມູນສະຖິຕິນັກຮຽນປະຖົມ ແລະ ມັດທະຍົມຂອງ ກະຊວງສຶກສາ ແລະ ຂໍ້ມູນສະຖິຕິການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຂອງ ອົງການຄວບຄຸມພະຍາດຕິດຕໍ່ ແລ້ວມາສັງລວມໄວ້ ແຍກ ນັກຮຽນທີ່ໄດ້ສັກຢາແລ້ວ, ສ່ວນນັກຮຽນ ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ສັກຢາປ້ອງກັນ ພະຍາດນັ້ນ ແມ່ນຈະແນະນຳໃຫ້ໄປສັກຢາຄົ້ນໃໝ່.

 - ※ ສຳລັບຂໍ້ມູນລາຍການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ແມ່ນສາມາດກວດເບິ່ງໄດ້ ຢູ່ໃນເວັບໄຊ ໂດອູມິນູຣິຈິບ, ກໍລະນີ ໄດ້ລົງທະບຽນເຂົ້າໃນລະບົບຖານຂໍ້ມູນເອເລັກໂຕນິກແລ້ວ ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ຍິນ <ໃບຢັ້ງຢືນການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດໃຫ້ໂຮງຮຽນ> ກໍໄດ້
 - ※ ສຳລັບ<ຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດສັກຢາປ້ອງກັນ ຍ້ອນບັນຫາທາງຮ່າງກາຍ> ແມ່ນໃຫ້ສະເໜີຕໍ່ສູນການແພດ ທີ່ບໍລິການ(ສັກຢາ) ເພື່ອລົງທະບຽນ <ສາເຫດທີ່ບໍ່ໄດ້ສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ> ເຂົ້າໃນລະບົບເອເລັກໂຕນິກ. ໃນກໍລະນີ ສູນການແພດ ທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ ບໍ່ສາມາດລົງທະບຽນ<ສາເຫດທີ່ບໍ່ໄດ້ສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ> ເຂົ້າໃນລະບົບເອເລັກໂຕນິກ, ແມ່ນແນະນຳໃຫ້ ສູນ ການແພດດັ່ງກ່າວ ຊ່ວຍອອກໃບຢັ້ງຢືນ ກ່ຽວກັບ <ສາເຫດທີ່ບໍ່ໄດ້ສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ>ແລ້ວ ເອົາໄປຍິນຕໍ່ໃຫ້ ໂຮງຮຽນ ຮັບຊາບ.

▶ ຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຍ້ອນບັນຫາສຸຂະພາບ

- ພາຍເຖິງຜູ້ທີ່ແພ້ຢາ ຫຼື ເກີດມີອາການແພ້ ວັກຊິນ ພາຍຫຼັງ ສັກຢາແລ້ວ ມີອາການຄັນ ແລະ ອອກຕຸ່ມຕາມຕົນຕົວ ໂດຍເອີ້ນເປັນຊື່ພາສາອັງກິດວ່າ(ອານາພິນລາສິດສ).
- ຜູ້ທີ່ ຫຼັງຈາກສັກຢາປ້ອງກັນໄອໂກໄປແລ້ວ, ພາຍໃນ 7 ວັນ ເກີດພະຍາດສະໝອງເຊື້ອມ ຂຶ້ນມາໂດຍທີ່ບໍ່ຮູ້ສາເຫດ.
- ຜູ້ທີ່ມີພູມຕົ້ນທ່ານອ່ອນແອ ຫຼື ຜູ້ທີ່ໃຊ້ຢາຕົ້ນທ່ານພູມຕົ້ນທ່ານ
 - * ແຕ່ຜູ້ ທີ່ມີໄຂ້ ສູງ, ຫຼື ພາຍຫຼັງສັກຢາເພີ່ມພູມຕົ້ນທ່ານແລ້ວ ມີອາການຕົວຮ້ອນ ເປັນຊ່ວຍໄລຍະໜຶ່ງ, ແພ້ໄຂ່, ເປັນພະ ຍາດອາໂຕພິນນັ້ນ ຈະບໍ່ຖືວ່າ ຜູ້ທີ່ບໍ່ສາມາດສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຍ້ອນບັນຫາສຸຂະພາບ.

어린이 국가예방접종사업 안내

Информационный листок по государственной программе вакцинации детей.

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

Вакцинация - это безопасный и эффективный метод защиты детей от инфекционных заболеваний, подлежащих вакцинации. В целях предупреждения распространения болезней государство финансово полностью поддерживает проведение прививок.

≫ 국가예방접종 지원백신 Прививки, поддерживаемые государством



어린이가 건강한 대한민국(러시아어)
ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ КОРЕИ



표준예방접종일정표(2023)
Стандартный график вакцинации (2023)

대상감염병 Наименование	백신종류 및 방법 Вид вакцины и метод	회수 кол-во	연령															
			출생~1개월 이내 (Первые дни)	1개월	2개월	4개월	6개월	12개월	15개월	18개월	19~23개월	24~35개월	만 4세	만 6세	만 11세	만 12세		
B형간염 Гепатит В	HepB	3	HepB 1회 HepB-1	HepB 2회 HepB-2			HepB 3회 HepB-3											
결핵 Туберкулез	BCG (피내용 주사제)	1	BCG 1회 BCG-1															
디프테리아 파상풍 백일해 Difteria Staphylococcus Cough	DTaP	5		DTaP 1회 DTaP-1	DTaP 2회 DTaP-2	DTaP 3회 DTaP-3				DTaP 4회 DTaP-4					DTaP 5회 DTaP-5			
폴리오 Poliovirus	IPV	4		PV 1회 PV-1	PV 2회 PV-2		PV 3회 PV-3								PV 4회 PV-4			
b형헤모필루스인플루엔자 Haemophilus influenzae B	Hib	4		Hb 1회 Hb-1	Hb 2회 Hb-2	Hb 3회 Hb-3		Hb 4회 Hb-4										
폐렴구균 Pneumococcus	PCV	4		PCV 1회 PCV-1	PCV 2회 PCV-2	PCV 3회 PCV-3		PCV 4회 PCV-4										
로타바이러스 감염증 Rotavirus infection	RV5	3		RV 1회 RV-1	RV 2회 RV-2	RV 3회 RV-3												
홍역 홍역상아하선염 풍진 Kawasaki	MMR	2						MMR 1회 MMR-1							MMR 2회 MMR-2			
수두 Varicella	VAR	1						VAR 1회 VAR-1										
A형간염 Hepatitis A	HepA	2							HepA 1~2회 HepA 1-2									
일본뇌염 Japanese encephalitis	IJEV	5							LEV 1~2회 LEV 1-2		LEV 3회 LEV-3		LEV 4회 LEV-4		LEV 5회 LEV-5			
일부 유두종바이러스 감염증 Human papillomavirus infection	HPV	2							LEV 1회 LEV-1									
인플루엔자 Influenza	IIV	-															IIV 1~2회 IIV 1-2	

≫ 무료 접종 지정 의료기관 Медучреждения бесплатной вакцинации

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Информацию по медучреждениям вы можете получить на сайте НУРИЧИБ (<https://nip.kdca.go.kr>).
 - * 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
 - * Прежде чем посетить медучреждение проверьте какие прививки оно делает.
 - * 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
 - * Информация по назначенным учреждениям предоставляется на корейском языке.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- В случае если по неизбежным причинам задержалась регистрация рождения более чем 1 месяц, то для бесплатного получения прививок необходимо получить «вакцинационный временный номер» в районном медицинском пункте.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다.(한국어로만 지원).
- Записи о полученных прививках, зарегистрированных в электронном виде в прививочном учреждении, вы можете увидеть на сайте помощника вакцинационной программы НУРИЧИБ или по приложению на смартфон. В случае, если вы получили не все прививки, посетите ближайший районный медицинский пункт или назначенное учреждение, либо определенное медучреждение и пройдите вакцинацию. Если же по прохождению всех процедур вы обнаружили, что запись на сайте не была произведена, просьба сообщить об необходимости регистрации в медучреждение. (только по-корейски)
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- При наличии консультации вы можете зайти на сайт НУРИЧИБ или использовать приложение программы, либо позвонить по телефону в офис.

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8398~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366
 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. Посмотрите на график получения прививок на родном языке. Заполните график на корейском языке.

Обратите внимание при составлении графика вакцинации

- Запишите фамилию и имя ребенка на корейском или на английском языке
- Запишите идентификационный номер гражданина(иностранца). В случае отсутствия такового получите 'временный номер' в районном медпункте.
- В случае отличия даты рождения по документам и по факту в примечаниях указать фактическую дату рождения.
* По той причине, что график вакцинации в качестве критерия назначается по реальной дате рождения, посетите ближайший районный медпункт с подтверждающим документом(свидетельство о рождении и др.) и откорректируйте дату в личных данных.
- При заполнении учтите следующие симптомы, если в день регистрации вы больны.

1. повышенная температура 2. кашель 3. болит(воспалилось) горло 4. понос
5. болит живот 6. рвота 7. головная боль 8. упадок сил 9. другое

2. Подождите перед процедурной комнатой пока не назовут имя вашего ребенка.
3. (до вакцинации) Проверьте не получал ли ваш ребенок данную прививку прежде.
 - ※ врач для предварительного осмотра также может проверить историю получения прививок по компьютеру.
 - ※ в случае, если вы ведете свидетельство о вакцинации или дневник прививок, покажите врачу предварительного осмотра записанную историю
4. (до вакцинации) Внимательно выслушайте врача предварительного осмотра о результатах прививок и побочных эффектах.
 - ※ в случае, если вы не понимаете хорошо по-корейски попросите врача предварительного осмотра выдать вам «инструкцию по порядку вакцинации (VIS)» на вашем языке и прочитайте внимательно пункт “Предостережения после прививки и побочные эффекты”.
5. (во время вакцинации) Для безопасного для врача предварительного осмотра проведения прививки, если ребенок маленький, посадите себе на колени и одной рукой прижмите туловище ребенка к себе.
6. (во время вакцинации) Внимательно прослушайте предостережения на период до и после проведения прививки. Получите прививку.
7. (после вакцинации) Совместно с врачом предварительного осмотра определите дату следующей прививки ребенка.
 - * при составлении графика вакцинации поставьте птичку на “Номер сотового телефона и получение СМС-сообщений”, сообщите врачу предварительного осмотра доступный для вас язык, после чего на ваш телефон придет сообщение с “видом и датой прививки” на указанном языке помимо корейского.
 - При выборе нужного языка, если вы дополнительно зарегистрируете номер мобильного телефона другого опекуна, вы будете проинформированы о «следующем графике вакцинации».
8. (после вакцинации) Подождите в больнице 20-30 минут, чтобы проверить наличие побочного эффекта.
9. (после прибытия домой) В течение 3 часов необходимо внимательно наблюдать реакцию организма на прививку. В случае наличия высокой температуры либо других необычных симптомов, необходимо незамедлительно обратиться к врачу.

обратитесь в центр ДАНУРИ (☎ 1577-1366) при необходимости перевода и получения другой помощи.

Анкета о вакцинации

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

Ф.И.О		Регистрационный номер гражданина	-	(<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен)
Дата рождения		Регистрационный номер иностранного гражданина	-	(<input type="checkbox"/> муж <input type="checkbox"/> жен)
Телефон	(дом.)	(сот.)	Вес	кг

Содержание предоставления персональных данных для вакцинации	Вакцинируемый <input checked="" type="checkbox"/> (официальный представитель, опекун)
--	--

Мы собираем персональные данные в соответствии со Статьями 32 и 32-3 действующего Закона по предотвращению и контролю инфекционных заболеваний. Ниже приведены данные по обработке и сбору персональных данных.

- Цель сбора/обработки персональных данных: Отправка сообщений о следующих прививках, сообщений о полученных прививках и сообщений о побочных реакциях после получения прививок
- Состав персональных данных, подлежащих обработке/сбору: Персональные данные (включая Регистрационный номер гражданина и конфиденциальная информация), номер телефона(домашний/сотовый)
- Период хранения и использования персональных данных: 5 лет

Перед вакцинацией, даю согласие на предоставление истории (моей) вакцинации моего ребенка через Информационную систему учета вакцинаций (IRIS).
* Если вы не согласны на предоставление истории вакцинации, вы можете получить ненужные дополнительные прививки или перекрестную вакцинацию.

Да Нет

Даю согласие на получение сообщений о следующих прививках и сообщений о полученных прививках.
* Если вы не согласны, вы не можете получать сообщения о следующих или полученных прививках.

Да Нет

Даю согласие на получение сообщений о побочных реакциях после получения прививок.
* Если вы не согласны, вы не можете получать сообщения о побочных реакциях после получения прививок.

Да Нет

Предварительная информация о вакцинируемом	Вакцинируемый <input checked="" type="checkbox"/> (официальный представитель, опекун)
--	--

Болеете ли Вы сегодня? Если да, то опишите симптомы. () Да Нет

Была ли у Вас аллергическая реакция в виде зуда или сыпи после приема лекарственных препаратов, на продукты питания (включая яйца) или после прививок? Да Нет

Были ли в прошлом какие-либо осложнения после прививок? Если да, то укажите вид вакцины. () Да Нет

Диагностировали ли у Вас заболевания или проходили ли лечение по таким заболеваниям, как врожденная патология, астма, заболевания легких, сердца, почек, печени, эндокринные заболевания (например, диабет) или заболевания крови? Если да, то укажите вид заболевания. () Да Нет

Были ли у Вас приступы, судороги или другие нарушения нервной системы головного мозга (включая Синдром Гийена-Барре)? Да Нет

Есть ли у Вас диагноз онкологии, лейкемии или другие нарушения иммунной системы? Если да, то напишите название. () Да Нет

Принимали ли Вы в течении последних 3 месяцев гормональные препараты, химиотерапевтические препараты, или проходили ли лучевую терапию? Да Нет

Делали ли Вы за последний год переливание крови или ее компонентов; вводился ли Вам иммуно (гамма) глобулин? Да Нет

Делали ли Вы за последний месяц какую-либо прививку? Если да, то укажите от чего. () Да Нет

(Для женщин) Беременны ли Вы или есть ли вероятность беременности в течении последующего месяца? Да Нет

Настоящим подтверждаю получение информации о результатах, возможных рисках и побочных действиях, и даю свое согласие на проведение вакцинации.
Имя вакцинируемого (официального представителя, опекуна): (подпись)
Родственные отношения с пациентом :
* Если вакцинируемый является новорожденным и еще не подали заявку о рождении, напишите регистрационный номер официального представителя (-) Дата: Год Месяц День

Результаты предварительного скрининга (заполняется терапевтом)	Отметьте! <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

Температура тела: °C 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 записи вакцинации ребенка

■ Какая польза от внесения записей вакцинации ребенка в систему?

1. Записи о вакцинации ребенка можно будет сразу проверить через сайт НУРИЧИБ (<https://nip.kdca.go.kr>) или через приложение на телефоне.

- Зарегистрируйте своего ребенка на сайте НУРИЧИБ (<https://nip.kdca.go.kr>).
 - Зарегистрируйтесь на сайте вакцинации НУРИЧИБ - [учет прививок] - [учет прививок ребенка] - [регистрация данных ребенка]
- Проверка данных по вакцинации проверяется следующим способом:
 - сайт вакцинации НУРИЧИБ - [учет прививок] - [учет прививок ребенка] - [перечень сделанных прививок]
- ※ В случае, если не была произведена регистрация данных по вакцинации, вы можете запросить внесение данных по вакцинации в месте, где сделали прививки.
- ※ Записная книжка вакцинации предназначена для учета проведения прививок ребенку и не заменяет свидетельство о вакцинации.

2. Свидетельство о вакцинации вы можете получить бесплатно он-лайн (на корейском и английском языках)

- Авторизация на сайте вакцинации НУРИЧИБ - [учет прививок] - [электронные услуги] - [свидетельство о вакцинации]

3. Для напоминания о вакцинации ребенка высылаются следующие сообщения:

- Сообщите номер телефона родителя (опекуна) врачу для того, чтобы получать оповещения касательно графика проведения прививок.
- В случае, если вы желаете получить сообщения на другом языке, то сообщите в месте проведения прививок. К вам будут приходить сообщения с оповещением на корейском и выбранном другом языке. Также возможно дополнительно указать еще один номер телефона для получения информации по проведению следующей вакцинации.

■ Для детей, получающих прививки за рубежом перед въездом в получите свидетельство о вакцинации.

После долгосрочного пребывания за рубежом при въезде в Корею получите свидетельство о вакцинации на английском языке, либо справку с официальной печатью или подписью, после чего зарегистрируйте данные в ближайшем районном медпункте.

В Республике Корея в целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний при поступлении в детские сады, начальные и средние классы в школе требуется предоставление справки о вакцинации.

В случае, если информация о вакцинации ребенка занесена в систему организации контроля инфекционных заболеваний справка о вакцинации для детского сада или школы не требуется.

* Основание: ст.31 закона о контроле и предотвращении инфекционных болезней, ст.10 о школьном здравоохранении, ст.31 п.3 закона о воспитании в детских садах.

Информация о национальном проекте по поддержке иммунизации

국가예방접종 사업안내

» Национальный проект по поддержке иммунизации детей

В целях защиты населения от инфекционных заболеваний, от которых прививают население, мы предоставляем все расходы, связанные с проведением обязательной вакцинации.

- Для кого: дети до полных 12 лет
 - ※ Для вакцинации обратитесь в близлежащий местный центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение.
- Предоставляемые вакцины: 18 видов

Туберкулез (BCG, внутрикожный метод), Гепатит В (НерВ), Дифтерия / Столбняк / Коклюш (DTaP), Столбняк / Дифтерия (Td), Столбняк / Дифтерия / Коклюш (Tdap), Полиовирус (IPV), Дифтерия / Столбняк / Коклюш / Полиовирус (DTaP-IPV), Дифтерия / Столбняк / Коклюш / Полиовирус / Гемофильная инфекция типа b (DTaP-IPV / Hib), Гемофильная инфекция типа b (Hib), Пневмококковая инфекция (PCV), Корь / Эпидемический паротит / Краснуха (MMR), Ветряная оспа (VAR), Инактивированная вакцина против японского энцефалита (IJEV), Живая ослабленная вакцина против японского энцефалита (LJEV), Гепатит А (НерА), Вирус папилломы человека (HPV), Грипп (IV), Ротавирус (RV)

- ※ Имеются возрастные ограничения в случае поддержки некоторых вакцин, таких как, вакцины БЦЖ, гепатит А и от пневмококковой инфекции, гемофильная инфекция типа b и т.д.
- Место вакцинации: близлежащий местный центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение.
 - ※ Поиск назначенных медицинских учреждений: вебсайт «Помощник по прививкам(НУРИЧИБ)» (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Районный медицинский центр: перед посещением нужно проверить возможность прохождения вакцинации.

» Проект предотвращения перинатального инфицирования вирусом гепатита В

Для того чтобы предотвратить перинатальное инфицирование новорожденного вирусом гепатита В от матери с положительным результатом тестирования на гепатит В, мы предоставляем все расходы, связанные с введением иммуноглобулина при рождении и проведением вакцинации от гепатита В, проведения анализов на антигены и антитела.

- Для кого
 - Те, которые во время беременности предоставляли результаты теста перед родом и заполняли форму согласия на предоставление личной информации среди новорожденных от матери с положительным результатом тестирования на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg) и антиген «е» вируса (HBeAg) гепатита В
 - ※ Положительный результат тестирования на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg) или положительный результат тестирования на антиген «е» вируса (HBeAg) гепатита В, которое проводилось во время беременности или в течение 7 дней после рода
- Содержание поддержки
 - Предоставляем все расходы, связанные с введением иммуноглобулина (при рождении) – 1 раз, обязательные прививки (0, 1, 6 месяцев) – 3 раза, и проведением анализов на антигены и антитела гепатита В после прохождения обязательных прививок – 1 раз.
 - ※ Первое тестирование на антиген. Дополнительное предоставление расходов для повторной вакцинации (до 3 раз) и повторного тестирования (до 2 раз) в зависимости от результатов теста на антиген
 - ※ Поиск назначенных медицинских учреждений: вебсайт «Помощник по прививкам(НУРИЧИБ)» (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Районный медицинский центр: перед посещением нужно проверить возможность прохождения вакцинации.

Проект по поддержке вакцинации

국가예방접종 지원사업

» Проект по поддержке вакцинации против папилломавирусной инфекции (HPV)

Мы предоставляем все расходы, связанные с введением вакцинации против папилломавирусной инфекции (HPV) для предотвращения рака, такого как рак шейки матки, вызванный инфекцией вирусом папилломы человека (HPV).

- Объекты поддержки: девочки-подростки 12-17 лет, женщины с низким уровнем дохода* 18-26 лет
 - ※ Получатели основных средств к существованию и семьи с низким доходом(менее 50% от среднего стандарта дохода) по Закону об обеспечении безопасности источников средств к существованию
- Содержание помощи: предоставляется 2-3 дозы против вируса папилломы человека (ВПЧ)
 - * 2 дозы в зависимости от возраста первой прививки 12-14 лет, 3 дозы старше 15 лет
 - * Девочки-подростки 12 лет могут получить стандартную консультацию по вопросам здоровья
- Субсидируемые вакцины: Гардасил (ВПЧ4), Церварикс (ВПЧ2)
- Место вакцинации: близлежащий местный центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение.
 - ※ Поиск назначенных медицинских учреждений: вебсайт «Помощник по прививкам(НУРИЧИБ)» (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Районный медицинский центр: перед посещением нужно проверить возможность прохождения вакцинации.

» Национальный проект по поддержке иммунизации против сезонного гриппа

Мы предоставляем все расходы на вакцинацию от гриппа, чтобы предотвратить распространение инфекции среди пожилых людей, беременных женщин, а также детей, которые находятся в коллективе, поскольку они подвергаются высокому риску осложнения в случае заболевания гриппом.

- Для кого: от старше 6 мес. до 13 летних детей, беременные женщины, пожилые люди больше 65 лет
- Содержание поддержки: прививка от гриппа 4 га – 1раз
- Место вакцинации: близлежащий местный центр общественного здравоохранения или назначенное медицинское учреждение.
 - ※ Поиск назначенных медицинских учреждений: вебсайт «Помощник по прививкам(НУРИЧИБ)» (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Районный медицинский центр: перед посещением нужно проверить возможность прохождения вакцинации.

Проект по проверке наличия прививок для учеников начальной и средней школы

초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

» Проект по проверке наличия прививок для учеников начальной и средней школы

В детских коллективах инфекционные заболевания распространяются с пугающей быстротой, поэтому мы проверяем наличие прививки, чтобы повысить коллективный иммунитет. Мы регистрируем всех невакцинированных и вакцинированных детей, и, в случае отсутствия прививки, мы рекомендуем получить ее.

* Статья 13 «Закон о профилактике и лечении инфекционных заболеваний», Статья 10 «Закон о здравоохранении в образовательных учреждениях»

- Для кого: все дети, которые поступают в начальные и средние школы
- Вакцинация людей, подлежащих проверке наличия прививок
 - (Начальная школа) 4 вида прививок для детей в возрасте полных 4-6 лет
Пятая прививка DTap, четвертая прививка IPV, вторая прививка MMR, японский энцефалит(четвертая прививка инактивированной вакцины или вторая прививка живой ослабленной вакцины)
 - (Средняя школа) 3 вида прививок для детей в возрасте полных 11-12 лет
Шестая прививка Tdap(или Td), японский энцефалит(пятая прививка инактивированной вакцины или вторая прививка живой ослабленной вакцины), первая прививка HPV(для девочек)
- Метод реализации проекта

Информация об учениках начальной и средней школы в Министерстве образования объединена с информацией о прививках Корейского агентства по контролю и профилактике заболеваний, поэтому можно проверить наличие прививки у каждого ученика. В случае отсутствия прививки, рекомендуется получить ее.

 - ※ Зарегистрированную информацию о прививках можно проверить на сайте «помощник в иммунизации - НУРИЧИБ» и нет необходимости предоставлять в школу справку о прививках.
 - ※ Требуется зарегистрировать в системе «причину запрета на проведение вакцинации» в медицинском учреждении, в котором был поставлен диагноз(место прививки) «противопоказан к вакцинации». В случае проблем с регистрацией в системе «причины запрета на проведение вакцинации» в медицинском учреждении, то необходимо получить справку с указанием «причины запрета на проведение вакцинации» и предоставить ее в школу при поступлении.

▶ Причины запрета на проведение вакцинации

- В случае сильной аллергической реакции (анафилаксии) на компоненты вакцины или после предыдущей вакцинации
 - В случае энцефалопатии без каких-либо других причин в течение 7 дней после введения коклюшной вакцины
 - Человек с иммунодефицитом или пользователь иммунодепрессантов
- * Временные причины, такие как высокая температура и введение иммуноглобулина, аллергия на яйца и атопия, не считаются противопоказаниями.



질병관리청
Корейский центр по
профилактике и борьбе
с заболеваниями



예방접종전문위원회
Специальный комитет по
вакцинации



어린이가 건강한 대한민국 (러시어)

ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ КОРЕИ

표준예방접종일정표 (2023) Стандартный график вакцинации (2023)

대상감염병 Наименование	백신종류 및 방법 Вид вакцины и метод	횟수 кол-во	출생~1개월이나 Первые дни	1개월 1месяц	2개월 2месяца	4개월 4месяца	6개월 6месяцев	12개월 12 месяцев	15개월 15 месяцев	18개월 18 месяцев	19~23개월 19-23 месяцев	24~35개월 24-35 месяцев	만 4세 4года	만 6세 6 лет	만 11세 11лет	만 12세 12лет
B형간염 Гепатит В	HepB	3	HepB 1차 HepB-1	HepB 2차 HepB-2			HepB 3차 HepB-3									
결핵 Туберкулез	BCG (피니용-포도주)	1	BCG 1회 BCG-1													
디프테리아 파상풍 백일해 Difteria Stolbnyak Koklyush	DTaP	5	DTaP 1차 DTaP-1	DTaP 2차 DTaP-2	DTaP 3차 DTaP-3	DTaP 4차 DTaP-4	DTaP 3차 DTaP-3	DTaP 4차 DTaP-4					DTaP 5차 DTaP-5			
폴리오 Poliomielit	IPV	1						IPV 3차 IPV-3					IPV 4차 IPV-4			Tdap/Td 6차 Tdap/Td-6
b형헤모필루스인플루엔자 Геморральная инфекция В	Hib	4	Hib 1차 Hib-1	Hib 2차 Hib-2	Hib 3차 Hib-3	Hib 4차 Hib-4	Hib 3차 Hib-3	Hib 4차 Hib-4								
페렴구균 Пневмококк	PCV	4	PCV 1차 PCV-1	PCV 2차 PCV-2	PCV 3차 PCV-3	PCV 4차 PCV-4	PCV 3차 PCV-3	PCV 4차 PCV-4								
PPSV	PPSV	-														고위험군에 한하여 접종 Проводорится в областях с высоким риском
로타바이러스 감염증 Rotavirus 감염증	RV1	2	RV 1차 RV-1	RV 2차 RV-2	RV 3차 RV-3											
홍역 홍역 홍진 Корь Корь Корь	MMR	3	RV 1차 RV-1	RV 2차 RV-2	RV 3차 RV-3											
수두 Ветряная оспа	VAR	2														
A형간염 Гепатит А	HepA	1														
일본뇌염 타리키니 우르웁	IJEV	2														
사람유두종바이러스 감염증 Инвазивные сосцевид герпесвирусы	LJEV	5														
인플루엔자 Инфлюэнца	HPV	2														
	IIIV	-														

- **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)
Государственная вакцинация: государство рекомендует проведение необходимой вакцинации (в соответствии с законом о противодействии инфицированию определенным способом по утвержденным критериям; для этого выделяется финансовая поддержка)
- **기타예방접종** : 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종
Прочая вакцинация: осуществляется платная вакцинация других заболеваний в частных медицинских учреждениях помимо определенных основных
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능
Вакцины DTaP, IPV, Hib возможно применить совместно: либо DTaP-IPV, либо DTaP-IPV/Hib



어린이 국가예방접종사업 안내

ХҮҮХДИЙН ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫН ХӨТӨЛБӨРИЙН ТАНИЛЦУУЛГА

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

Урьдчилан сэргийлэх тарилга нь урьдчилан сэргийлэх тарилга хийх шаардлагатай халдварт өвчнөөс хүүхдээ хамгаалах аюулгүй, үр дүнтэй арга бөгөөд хүүхдийг халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхийн тулд урьдчилан сэргийлэх вакцинжуулалт тарилгын бүх үнэ төлбөрийг улсаас хариуцаж байна.

» 국가예방접종 지원백신 **Улсаас олгож буй урьдчилан сэргийлэх вакцин**

대상감염병 Халдварт өвчин	백신종류 및 방법 Вакцин төрөл ба арга	횟수 Тоо	출생~1개월이나 Төрөлгөсний дотор	1개월 1сар	2개월 2сар	4개월 4сар	6개월 6сар	12개월 12сар	15개월 15сар	18개월 18сар	19~23개월 19~23сар	24~35개월 24~35сар	만 4세 4 настай	만 6세 6 настай	만 11세 11 настай	만 12세 12 настай
B형간염 Эгэлгий B вирус	HepB	3	HepB 1H 1.дана	HepB 2H 2.дана		HepB 3H 3.дана										
결핵 Сурьсэ	BCG (피내용 Ожас тарилга)	1	BCG 1H 1.дана													
디프테리아 Сахуу 파상풍 татрэнги 백일해 Хөхүүл ханиад	DTaP	5		DTaP 1H 1.дана	DTaP 2H 2.дана	DTaP 3H 3.дана		DTaP 4H 4.дана					DTaP 5H 5.дана			
폴리오 Халдварт саа	IPV	4		IPV 1H 1.дана	IPV 2H 2.дана	IPV 3H 3.дана		IPV 4H 4.дана					IPV 5H 5.дана			
b형헤모필루스 인플루엔자 Өвчтүүрэг үүсгэгдсэн менингит	Hib	4		Hib 1H 1.дана	Hib 2H 2.дана	Hib 3H 3.дана		Hib 4H 4.дана								
폐렴구균 Уушгины халтга	PCV	4		PCV 1H 1.дана	PCV 2H 2.дана	PCV 3H 3.дана		PCV 4H 4.дана								
PPSV	PPSV	-														
로타바이러스 감염증 Улаан булчин аргаар тарилга хийж өгдөг өвчин	RV1	2		RV 1H 1.дана	RV 2H 2.дана											
RV5	RV5	3		RV 1H 1.дана	RV 2H 2.дана	RV 3H 3.дана										
홍역 Улаан булчин 유형성이완신염 улаанууд 풍진 гахайн халдвар	MMR	2						MMR 1H 1.дана					MMR 2H 2.дана			
수두 Сагсийн цэцэг	VAR	1						VAR 1H 1.дана								
A형간염 Эгэлгий A вирус	HepA	2								HepA 1~2H 1-2.дана						
일본뇌염 Тархины урвасэл	IJEV	5								IJEV 1~2H 1-2.дана		IJEV 3H 3.дана	IJEV 4H 4.дана	IJEV 5H 5.дана		
LJEV	LJEV	2								LJEV 1H 1.дана		LJEV 2H 2.дана				
사람유두종바이러스 감염증 Улаан хуурай келт халдвар үүсгэгч вирус	HPV	2														HPV 1~2H 1-2.дана
인플루엔자 Хөхүүл ханиад	IIV	-														IIV 1-2H 1-2.дана

» 무료 접종 지정 의료기관 **Вакцинжуулалт тарилгыг үнэ төлбөргүй хийх магадлан**

ИТГЭМЖЛЭГДСЭН ЭМНЭЛГИЙН БАЙГУУЛЛАГУУД

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагуудыг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудас(<https://nip.kdca.go.kr>) – аас лавлаж мэдэх боломжтой.
 - * 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
 - * Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагад очихоосоо өмнө тариулах боломжтой вакцины төрлийг асууж лавлана уу.
 - * 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
 - * Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагын мэдээлэл Солонгос хэл дээр байна.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Хүндэтгэн үзэх шалтгаанаар хүүхдийн төрсний бүртгэлийг 1 сараас дээш хийлгээгүй хоцорсон бол харьяалах өрхийн эмнэлгээс урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэхэд шаардлагатай (бүртгэлийн түр дугаар) авсны дараа үнэ төлбөргүй вакцинжуулалтад хамрагдах боломжтой.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다.(한국어만 지원).
- Тарилга хийсэн байгууллагаас цахим бүртгэл хэвийн хийгдсэн хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдсан бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудаснаас шалгаж болно. Урьдчилан сэргийлэх тарилга дугуу хийгдсэн бол өөрт ойрхон өрхийн эмнэлэг болон магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагад хандан үнэ төлбөргүйгээр хамрагдана уу. Хэрэв урьдчилан сэргийлэх тарилгаа хийлгэсэн ч цахим бүртгэлд ороогүй бол тарилга хийсэн эмнэлэгтээ хандан цахим бүртгэл хийж өгөхийг хүснэ үү. (Зөвхөн Солонгос хэл дээр).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- Илүү дэлгэрэнгүй мэдээллийг интернетээр вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудас болон мобайл аппликейшн, мөн утсаар лавлана уу.

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

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

Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх гарын авлага

(Хосолмол соёлт гэр бүлийн асран хамгаалагчид зориулав)

1. Таны төрөлх хэл дээр байгаа “Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас”-ыг харж (Солонгос хэл дээрх) Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөж өгнө үү.

Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудсыг бөглөхөд анхаарах зүйлс

- Хүүхдийн нэрийг солонгос эсвэл англиар бичиж өгнө үү.
- Иргэний бүртгэлийн дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхний дугаар)-аа бичнэ үү. Иргэний бүртгэлийн дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхний дугаар) байхгүй тохиолдолд өрхийн эмнэлгээс урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилга хийлгэхэд зориулан авсан “Бүртгэлийн түр дугаар”-аа бичнэ.
- Иргэний бүртгэлийн бичиг баримт дээрх төрсөн огноо болон бодит төрсөн огноо өөр тохиолдолд бодит төрсөн огноогоо холбогдох талбарт бичнэ.
 - * Тарилга хийх өдөр бодит төрсөн огноог үндэслэн тогтоодог тул бодит төрсөн огноог нотлох бичиг баримт(төрсний гэчилгээ гэх мэт)-ын хамт ойролцоох өрхийн эмнэлэгт хандан өөрчлүүлнэ үү.
- Өнөөдөр дараах шинж тэмдэг илэрч өвдсөн бол холбогдох шинж тэмдгийг сонгон бичиж өгнө үү.

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

2. Хүүхдийн нэрийг дуудах хүртэл эмчилгээний өрөөний гадна түр хүлээж байна уу.
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 шалгаж болно.
 ※ 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 дахь “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 тэврэнэ.
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.
 * Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудас бөглөхдөө “Гар утасны дугаараар мессэж хүлээн авахыг зөвшөөрсөн”-ийг сонгож, үзлэгийн эмчид мессэж хүлээн авах хэлээ хэлж өгвөл дараагийн тарилгаас эхлэн солонгос хэлнээс гадна хүссэн хэлээр тань “Дараагийн тарилгын нэр болон тариулах өдөр”-ийг мессэжээр явуулан мэдэгдэх болно. Хүсэж буй хэлээ сонгосон тохиолдолд өөр нэг асран хамгаалагчийн утасны дугаарыг нэмж бүртгүүлвэл ‘дараагийн тарилгын өдөр’-ийн хувиарыг хамт хүлээн авах боломжтой.
 Хүссэн хэлээ сонгож дараагийн вакцин тариулах өдрийг мэдэгдэх мессеж хүлээн авах өөр нэг асран хамгаалагчийн утасны дугаарыг нэмж бүртгүүлж болох юм.
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)
ру 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

Вакцин хийлгэхэд шаардлагатай хувийн мэдээлэлийн талаарх зөвшөөрсөн зүйлс	өөрийн бие (хуулийн бие төлөөлөгч, асран хамгаалагч) <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

<p>“Халдварт өвчинтэй тэмцэх урьдчилсан сэргийлэх тухай хуул”ийн зүйл мөн хуулийг хэрэгжүүлэх тогтоолын 32-ын3дугаар зүйлд заасны дагуу иргэний үнэмлэхний дугаар хувийн мэдээлэл болон эмзэг мэдээллийг цуглуулж байна. Дараахи зүйлийг нэмж цуглуулах болно.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Хувийн мэдээллийг цуглуулах зорилго :Зайлшгүй хийлгэх шаардлагатай вакцины давтамжийн вакцинжуулалтыг дуусгасан эсэх, вакцин хийлгэсний дараа сөрөг нөлөө илэрсэн эсэхтэй холбогдолтой мэссэж ■ Хувийн мэдээллийг цуглуулах ашиглах зүйлс: Хувийн мэдээлэл (эмзэг мэдээлэл, иргэний үнэмлэхний дугаар оруулах), утасны дугаар (гэр болон гар утас) ■ Хувийн мэлээллийг хадгалах болон ашиглах хугацаа: 5жил
--

Вакцин хийлгэхээс өмнө вакцинд хамрагдагчийн вакцины жагсаалт болон урьдчилсан сэргийлэх вакцины нэгдсэн хяналтын системээс урьдчилан шалгахыг зөвшөөрч байна. * Вакцины жагсаалтаас урьдчилан шалгахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд, шаардлагагүй нэмэлт вакцин болон вакцинаа давхцуулах тохиолдол гарч болно	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

Зайлшгүй хийлгэх шаардлагатай вакцины давтамж вакцин болон дууссан эсэх талаарх мэдээллийг гар утсаараа мэссэж авахыг зөвшөөрч байна * Мэссэж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд, зөвшөөрөөгүй зүйлсийн талаарх мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй.	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
--	---

Вакцин хийлгэсний дараа сөрөг нөлөө илэрсэн эсэхтэй холбогдолтой мэссэжийг гар утсаараа авахыг зөвшөөрч байна. * Мэссэж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд, зөвшөөрөөгүй зүйлийн талаарх мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй .	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
--	---

Вакцинд хамрагдах хүний талаарх мэдээлэл	өөрийн бие (хуулийн бие төлөөлөгч, асран хамгаалагч зөвшөөрөх) <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Өнөөдөр хаана чинь өвдөж байна вэ? Өвдөж байгаа газрынхаа шинж тэмдгийг бичнэ үү. ()	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
--	---

Эм болон хоол(өндөг) мөн вакцинаас үүдэлтэй биеэр туурах юмуу харшлын шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
--	---

Өмнөх вакциныдараабиедямарнэгэнсөрөгнөлөөилэрчбайсануу? Тиймболбичнэүү. (Вакцины нэр)	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

Төрөлхийн согог, багтраа болон уушиг, бөөр, зүрх, элэг, чихрийн шижин болон дотоод шүүрлийн, цусны өвчтэй болон эмчилгээ хийлгэж байсан удаа бий юу? Тийм бол бичнэ үү.	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

Татаж байсан эсвэл тархи, мэдрэлийн ямар нэг эмгэгтэй юу?	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

Хортхавдар,цусныцагаанөвчинболондархлаатайхолбоотойөвчинтэйюу?Бичнэүү. (Өвчнийнэр:)	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
--	---

Сүүлийн 3 сарын дотор стройд, антибиотик, цацраг туяан эмчилгээ хийлгэсэн үү?	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

Сүүлийн 1 жилд цус сэлбэх юм уу, дархлаа сайжруулах глобулин хийлгэсэн үү?	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
--	---

Сүүлийн 1 сард вакцин хийлгэсэн уу? Тийм бол вакцины нэрээ бичнэ үү. (Вакцины нэр :)	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

(Эмэгтэй хүнд) Одоо жирэмсэн буюу сарын дотор жирэмслэх магадлалтай юу?	<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй
---	---

<p>Эмчийн үзлэг болон вакцины дараа нэг шинж илэрч болох талаар тайлбарласы дараа вакцин хийнэ.</p> <p>Өөрийн(хуулийн бие төлөөлөгч, асран хамгаалагч) нэр : (Гарын үсэг) Ямар холбоотой болох :</p> <p>Бүртгэл хийгдээгүй нярай бол хуулийн бие төлөөлөгчийн үнэмлэхний дугаар (-)</p> <p>он сар өдөр</p>
--

Эмчийн үзлэгийн бүртгэл (Эмч бөглөх хуудас)	Отметьте! <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

Биеийн халуун : °C	Вакцины дараах шинжийн талаар тайлбарласан.	<input type="checkbox"/>
--------------------	---	--------------------------

Вакцин хийлгээд 20-30 минут ажиглаж байгаад явах талаар тайлбарласан.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Үзлэгийн үр дүн :

Эмчийн үзлэгээр вакцин хийхэд боломжтой.	Эмчийн нэр :	(гарын үсэг)
--	--------------	--------------

자녀의 예방접종 기록을 확인하세요.

Хүүхдийнхээ урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн бүртгэлийг шалгаж байгаарай.

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

1. Хүүхдийнхээ урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн бүртгэлийг вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб цахим хуудас(<https://nip.kdca.go.kr>)-аас шалгах боломжтой болно.

- Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаст гишүүнээр элсэн хүүхдээ бүртгүүлнэ.
 - Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб нэвтрэх → [Урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн мэдээллээ бүртгүүлэх]
- Бүртгэлтэй хүүхдийн тарилга хийлгэсэн байдлыг дараах аргаар шалгана.
 - Вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб → [Урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга] → [Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилгын түүх лавлах]
- ※ Урьдчилан сэргийлэх 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 хуудасыг орлодоггүй болно.

2. Урьдчилан сэргийлэх тарилгын хуудасыг онлайнаар үнэ төлбөргүй(солонгос болон англи хэлээр) авч болно.

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

3. Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх өдрийг мартуулахгүйн тулд дараагийн тарилга хийлгэх өдрийг мессэжээр мэдэгдэж өгч байна.

- Эмчид холбоо барих боломжтой эцэг эх(асран хамгаалагч)-ийн гар утасны дугаарыг өгч, зайлшгүй хийлгэх вакцин тарилгын өдрийг мессэжээр мэдэгдэн өгч байна.
- Хэрэв гадаад хэлээр мессэж хүлээн авахыг хүсвэл тарилга хийлгэсэн байгууллагад хүлээн авах гадаад хэлээ мэдэгдэнэ. Солонгос хэлтэй хамт сонгосон гадаад хэлээр мессэж авч болно. Мөн дараагийн вакцин хийлгэх өдрийг өөр асран хамгаалагч мессэжээр давхар авч байхаар гар утасны дугаарыг нь нэмж бүртгүүлж болно.

■ Гадаад улс оронд тарилга хийлгэсэн хүүхдийн хувьд урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэснийг нотлох тодорхойлолт баримтыг ирэхээсээ өмнө гаргуулан авч ирнэ үү.

Гадаад улсад удаан хугацаагаар оршин сууж байгаад Солонгост ирсэн бол ирэхээсээ өмнө “Англи хэл дээрх урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн тодорхойлолт” болон “Тарилга хийсэн байгууллагын албан ёсны гарын үсэг эсвэл тамга(Official Signature or Stamp)-тай баримт”-ыг гаргуулан авч ойролцоох өрхийн эмнэлэгт хандан цахим системд бүртгүүлнэ үү.

БНСУ-д 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 БНСУ-ын Өвчний хяналт удирдлагын төвийн цахим системд бүртгэгдсэн бол цэцэрлэг, сургуульд тодорхойлолт өгөх шаардлагагүй юм.

* 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

ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫН ХӨТӨЛБӨР

국가예방접종 사업안내

» ХҮҮХДИЙН ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫН ХӨТӨЛБӨР

Урьдчилан сэргийлэх тарилга нь халдварт өвчнөөс ард иргэдээ хамгаалах зорилгоор заавал хийлгэх вакцин тарилгын бүх төлбөрийг улсаас хариуцаж байна.

- Хамрагдах хүрээ : 12 нас хүртэлх хүүхэд
 ※ Хамрагдах хүүхэд нь өөрт ойр эрүүл мэндийн төв эсвэл магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллагад хандана уу.
- Улсаас хариуцах вакцины төрөл : 18 төрлийн вакцин

Сүрьеэ (BCG, Судас тариа), Элэгний В вирус, Сахуу/ Татранги/ Хөхүүл ханиад(DTaP), Сахуу/ Татранги/ Хөхүүл ханиад(Td), Сахуу/ Татранги/ Хөхүүл ханиад(Tdap), Халдварт саа(IPV), Сахуу/ Татранги/ Хөхүүл ханиад / Халдвар саа / Б нянгаар үүсгэгдсэн менингит(DTaP-IPV/Hb) Б нянгаар үүсгэгдсэн менингит(Hib), Уушгины хатгаа(PCV), Улаан бурхан /Улаанууд/ Гахайн хавдар(MMR), Салхин цэцэг(VAR), Элэгний А вирус, Японы тархины үрэвсэл сулруулсан вакцин(IJEV), Японы тархины үрэвсэл амьд вакцин(LJEV), Элэгний А вирус(HepA), Умайн хүзүүний хорт хавдар үүсгэгч вирус(HPV), Хөхүүл ханиад(PIV), Рота вирус(RV)

- ※ Судас тариа BOG, Элэгний А вирус, уушгины хатгаа, Б нянгаар үүсгэгдсэн менингит зэрэг зарим төрлийн вакцин нь үнэгүй тариулах насны хязгаартай болно.
- Тарилга хийх байгууллага : Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага болон эрүүл мэндийн төв
 ※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага, урьдчилан сэргийлэх тарилга вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
 Эрүүл мэндийн төвд очихоосоо өмнө тарилга хийлгэх боломжтой эсэхийг лавлах шаардлагатай.

» Элэгний В вирус жирэмсний болон төрсний дараах халдвараас урьдчилан сэргийлэх хөтөлбөр

Элэгний В вирустэй эхээс төрсөн нярай хүүхэдийн В вирус халдварлахаас урьдчилан сэргийлж төрөх үед дархлаа сайжруулагч глобулин болон В вирусээс урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилга хийх, эсрэг биетийн шинжилгээ хийх бүх зардлыг улсаас хариуцаж байна.

- Хамрагдах хүрээ
 В вирусын халдвар антиген(HBsAg) эсвэл е антиген(HBeAg) эерэг гарсан эхээс төрсөн нярай нараас жирэмсэн үедээ төрхөөс өмнөх В вирусын шинжилгээний хариугаа* гарган өгсөн болон хувийн мэдээллээ өгөхийг зөвшөөрсөн хүн
 ※ Жирэмсний үед болон төрсний дараах 7 хоног дотор эхэд хийгдсэн В вирусын халдвар антиген(HBsAg) эсвэл е антиген(HBeAg) шинжилгээний хариу эерэг гарсан
- Тусламжийн агуулга
 Дархлааны глобулин 1 удаа(төрөх үед), үндсэн вакцин тарилга 3 удаа(0, 1, 6 сартайд), үндсэн вакцин тарилгын дараа В вирусны антиген, эсрэг биетийн шинжилгээ 1 удаагийн бүх зардлыг улсаас хариуцна.
 ※ 1 дэх удаагийн антиген, эсрэг биетийн шинжилгээний үр дүнгээс шалтгаалж давтан тарилга(дээд тал нь 3 удаа) болон давтан шинжилгээ(дээд тал нь 2 удаа)-ний зардлуудыг нэмж хариуцаж болно.
 ※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага, урьдчилан сэргийлэх тарилга вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
 Эрүүл мэндийн төвд очихоосоо өмнө тарилга хийлгэх боломжтой эсэхийг лавлах шаардлагатай.

ҮНДЭСНИЙ УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТАРИЛГЫН ХӨТӨЛБӨР

국가예방접종 지원사업

» Хүний хөхөнцөр вирусын халдварт өвчний урьдчилан сэргийлэх тарилгын хөтөлбөр

Хүний хөхөнцөр вирус(HPV)-ын халдвараар умайн хүзүүний хорт хавдар зэрэг хавдраас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор HPV вирусээс урьдчилан сэргийлэх тарилгыг улсаас хариуцаж байна.

- Хамрах хүрээ : 12 -17 насны өсвөр насны охид, 18-26 насны бага орлоготой* эмэгтэйчүүд
 - ※ 「Суурь амьжиргааг хамгаалахтухай хууль」 -д амьжиргааны суурь түвшингийн халамж хүртэгч, доогуур орлоготой давхарга (дундаж орлогын 50 хувиас доогуур орлого)
- Тусламжийн агуулга: Хүний хөхөнцөр вирус(HPV)-н халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилга 2-3 удаа*
 - * Анх тариулах насны түвшин нь 12-14 насныхан 2 удаа, 15-аас дээш насныхан 3 удаа
 - * 12-аас дээш насныхан тарилга хийлгэхэд эрүүл мэндийн зөвөлгөө үзүүлнэ.
- Тусламжаар хийгдэх вакцин : Гардашил(HPV4), Серваригс(HPV2)
- Тарилга хийх байгууллага : Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлэгийн байгууллага болон эрүүл мэндийн төв
 - ※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага, урьдчилан сэргийлэх тарилга вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
 - Эрүүл мэндийн төвд очихоос өмнө тарилга хийлгэх боломжтой эсэхийг лавлах шаардлагатай

» Хөхүүл ханиад томууны Үндэсний урьдчилан сэргийлэх тарилгын хөтөлбөр

Хөхүүл ханиад хүрсэн үед хавсармал өвчин тусах өндөр эрсдэлтэй бүлэгт хамаарах өндөр настан, жирэмсэн эхчүүд, олноороо нэг дор сурдаг хүүхдүүдийг хөхүүл ханиаднаас урьдчилан сэргийлэх, олноор халдварлан тархахаас сэргийлэх зорилгоор урьдчилан сэргийлэх вакцин тарилгын зардлыг улсаас бүрэн хариуцаж байна.

- Хамрах хүрээ : Төрснөөс хойш 6 сар - 13 хүртэлх насны хүүхэд, жирэмсэн эх, 65 дээш насны ахмад
- Тусламжийн агуулга : Хөхүүл ханиадны 4 вакцин тарилга 1 удаа
- Тарилга хийх байгууллага : Өөрт ойр магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлэгийн байгууллага болон эрүүл мэндийн төв
 - ※ Магадлан итгэмжлэгдсэн эмнэлгийн байгууллага, урьдчилан сэргийлэх тарилга вакцинжуулалтад туслагч Нүрижиб(<https://nip.kdca.go.kr>) цахим хуудаснаас шалгах боломжтой.
 - Эрүүл мэндийн төвд очихоос өмнө тарилга хийлгэх боломжтой эсэхийг лавлах шаардлагатай

Бага дунд сургуульд элсэн орогч сурагчийн вакцинд хамрагдсаныг шалгах хөтөлбөр

초.중학교 입학생 예방접종 확인사업

» Бага дунд сургуульд элсэн орогч сурагчийн вакцинд хамрагдсаныг шалгах хөтөлбөр

Олноороо нэг дор байдаг хүүхэд багачуудын хувьд халдварт өвчин тархахад эмзэг байдаг тул бага дунд сургуульд шинээр элсэн орсон сурагчдын нийт бүлгийн дархлаажуулалтыг сайжруулах зорилгоор вакцин тарилгад бүрэн хамрагдсан эсэхийг шалгаж хамрагдаагүй сурагчийг хяналтанд авч тарилга хийлгэж бүртгэлжүүлэхийг дэмжиж байна.

* 「Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналтын тухай хууль」 31-р зүйл, 「Сургуулийн эрүүл мэндийн тухай хууль」 10-р зүйл

- Хамрах хүрээ : Бага болон дунд сургуульд элсэн орж буй бүх хүүхэд
- Шалгах вакцины төрөл
 - (Бага сургуульд элсэн орох хүүхэд) 4-6 нас бүрэн хүрсэн 4 төрлийн вакцин
DTaP 5 дах удаагийн , IPV 4 дэх удаагийн, MMR 2 дахь удаагийн, Японы тархины үрэвсэл (сулруулсан вакцин 4 дэх удаагийн мөн амьд вакцин 2 дахь удаагийн)
 - (Дунд сургуульд элсэн орох хүүхэд) 11 – 12 нас бүрэн хүрсэн 3 төрлийн вакцин
Tdap(эсвэл Td) 6 дахь удаагийн, Японы тархины үрэвсэл (сулруулсан вакцин 5 дахь удаагийн мөн амьд вакцин 2 дахь удаагийн), HPV 1 дэх удаагийн(эмэгтэй сурагчид хамаарна)
- Хөтөлбөрийн арга зүй

Боловсролын яамны Бага дунд сургуульд элсэн орогчийн мэдээлэл болон Өвчин эмгэг хяналт удирдлагын ерөнхий газрын урьдчилан сэргийлэх тарилгын мэдээллийг харьцуулан судалж хөтөлбөрийн дагуу вакцин бүрэн хийлгэсэн эсэхийг шалган, вакцин тарилга хийлгээгүй тохиолдолд хийлгэхэд туслалцаа дэмжлэг үзүүлнэ.

 - ※ Цахим бүртгэлд орсон урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн мэдээллийг вакцинжуулалтад туслалцаа Нүрижиб цахим хуудаснаас шалгах боломжтой бөгөөд <Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэсэн хуудас>-ыг сургуульдаа өгөх шаардлагагүй.
 - ※ <Вакцин тарилга хориотой сурагч> бол онош(тарилга) гаргасан эмнэлгийн байгууллагаас <Вакцин тарилга хориотой шалтгаан>-ыг цахим бүртгэлд оруулахыг хүснэ. Хэрэв эмнэлгийн байгууллага <Вакцин тарилга хориотой шалтгаан>-ыг цахим бүртгэл хийх боломжгүй тохиолдолд <Вакцин тариа хориотой шалтгаан>-ыг заасан оношлогооны хуудас авч сургуульдаа өгнө.

▶ <Вакцин тарилга хориотой сурагч>

- Вакцины найрлагад орсон бодис, мөн өмнө хийсэн вакцин тарилгын дараа цочмог харшил(анафилакс) өгсөн тохиолдолд
- Хөхүүл ханиадны вакцин тариулснаас хойш 7 хоногийн дотор ямар нэг шалтгаангүйгээр тархины өвчин зовиур гарсан бол
- Дархлааны дутагдалтай болон дархлаа дарангуйлагч эм хэрэглэгч
 - * Өндөр халуун, дархлааны глобулин тариулах зэрэг түр зуурын шалтгаантай, өндөгний харшил болон арьсны харшил атопи зэрэг нь вакцин хорих шалтгаан болохгүй.

어린이 국가예방접종사업 안내

Hướng dẫn dự án tiêm chủng quốc gia cho trẻ em

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

Tiêm phòng là cách an toàn và hiệu quả để bảo vệ trẻ em khỏi các bệnh truyền nhiễm cần phải phải tiêm chủng, vì vậy quốc gia đang hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng để ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm ở trẻ em.

» 국가예방접종 지원백신 **Vắc xin được quốc gia hỗ trợ tiêm chủng cho trẻ**

대상감염병 Bệnh truyền nhiễm	백신종류 및 방법 Loại vắc xin và phương pháp	회수 Số lần	출생~1개월에서 (0-12 tháng)														
			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	만 4세 Dưới 4 tuổi	만 6세 Dưới 6 tuổi	만 11세 Dưới 11 tuổi	만 12세 Dưới 12 tuổi		
B형간염 Chai lây nhiễm loại B	HepB	3	HepB 1회 1	HepB 2회 2		HepB 3회 3											
결핵 Bệnh lao	BCG (피내용 loại trong da)	1	BCG 1회 1														
디프테리아 Bệnh bạch hầu	DTaP	5		DTaP 1회 1	DTaP 2회 2	DTaP 3회 3			DTaP 4회 4								
파상풍 Lũn ván	Tdap/Td	1															Tdap/Td 6회 6
폴리오 Chứng bại liệt	IPV	4		IPV 1회 1	IPV 2회 2		IPV 3회 3										IPV 4회 4
b형헤모필루스인플루엔자 Viêm phổi và viêm màng não	Hib	4		Hib 1회 1	Hib 2회 2	Hib 3회 3	Hib 4회 4										
폐렴구균 Phế cầu viêm phổi	PCV	4		PCV 1회 1	PCV 2회 2	PCV 3회 3	PCV 4회 4										
PPSV	PPSV	-															고위험군에 한하여 접종 Tiêm chủng virus HPV
로타바이러스 감염증 Lây nhiễm virus Rotavirus	RV1	2		RV 1회 1	RV 2회 2												
RV5	RV5	3		RV 1회 1	RV 2회 2	RV 3회 3											
홍역 Bệnh sởi	MMR	2					MMR 1회 1										MMR 2회 2
홍역 Bệnh sởi	MMR	2															
수두 Thủy đậu	VAR	1					VAR 1회 1										
A형간염 Chai lây nhiễm loại A	HepA	2							HepA 1-2회 1-2								
일본뇌염 Viêm não Nhật Bản	IJEV	5							IEV 1-2회 1-2		IEV 3회 3		IEV 4회 4				IEV 5회 5
LJEV	LJEV	2							IEV 1회 1		IEV 2회 2						
사람유두종바이러스 감염증 Lây nhiễm virus HPV ở người	HPV	2															HPV 1-2회 1-2
인플루엔자 Bệnh cúm	IVV	-															IVV 매년 접종 Tiêm phòng IVV mỗi năm

» 무료 접종 지정 의료기관 **Cơ quan y tế được chỉ định tiêm chủng miễn phí**

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Có thể kiểm tra cơ quan y tế chỉ định trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>).
 - * 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
 - * Vui lòng kiểm tra chủng loại vắc xin có thể tiêm trước khi đến cơ quan y tế.
 - * 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
 - * Thông tin của cơ quan y tế chỉ định được hiển thị bằng tiếng Hàn.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- Nếu việc đăng ký khai sinh chậm hơn một tháng vì những lý do không thể tránh khỏi, có thể lấy số quản lý tiêm chủng tạm thời của trung tâm y tế công cộng để tiêm vắc xin miễn phí.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ đã được ghi nhận lên hệ thống của cơ quan tiêm chủng trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP hoặc trên ứng dụng điện thoại. Trường hợp chưa hoàn thành tiêm chủng cho trẻ theo đúng lịch, xin vui lòng đến trạm y tế hoặc cơ quan y tế chỉ định ở gần khu vực và tiêm phòng miễn phí cho trẻ. Nếu đã hoàn thành tiêm chủng cho trẻ theo đúng lịch nhưng lịch sử ghi nhận trên hệ thống bị thiếu sót, xin vui lòng yêu cầu cơ quan tiêm chủng đăng ký lại trên hệ thống (chỉ hỗ trợ tiếng Hàn).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- 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.

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

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

Урьдчилан сэргийлэх тарилга хийлгэх гарын авлага

(Хосолмол соёлт гэр бүлийн асран хамгаалагчид зориулав)

1. Vui lòng tham khảo Phiếu dự chẩn bằng tiếng mẹ đẻ và điền vào Phiếu dự chẩn (bằng tiếng Hàn).

<Chú ý khi viết Phiếu dự chẩn>

- Viết tên trẻ bằng tiếng Hàn hoặc tiếng Anh.
- Viết số chứng minh nhân dân (số thẻ người nước ngoài). Viết “Mã số quản lý tạm thời” do Trung tâm y tế cấp để thực hiện tiêm phòng trong trường hợp trẻ chưa có số chứng minh nhân dân (số thẻ người nước ngoài).
- Trường hợp ngày sinh thực tế khác với ngày đăng ký trong chứng minh nhân dân, vui lòng viết ngày sinh thực tế.
* Lịch tiêm chủng lấy tiêu chuẩn theo ngày tháng năm 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 thật.
- 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

2. Vui lòng chờ trước phòng khám và đợi tới lượt gọi.

3. (Trước khi tiêm) Xem lại lịch sử tiêm chủng của trẻ, kiểm tra xem trẻ đã từng tiêm chủng loại tương tự chưa.

※ Bác sĩ khám trước có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng 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 trước xem.

4. (Trước khi tiêm) Lắng nghe kỹ bác sĩ khám trước 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 quấn một tay quanh phần trên cơ thể của trẻ.

6. (Trong khi tiêm) Lắng nghe lý lưu ý trước và sau tiêm phòng.

7. (Sau khi tiêm) Thảo luận với bác sĩ để quyết định ngày tiêm chủng tiếp theo.

* Khi viết Phiếu dự chẩn chọn “Đồng ý hiển thị số điện thoại và nhận tin nhắn thông báo”, sau khi tiêm phòng nói với bác sỹ về ngôn ngữ muốn sử dụng trong lần tiêm phòng tiếp theo để từ lần tiêm chủng tiếp theo, bạn sẽ được nhận tin nhắn về “Loại tiêm chủng và ngày tiêm chủng” bằng ngôn ngữ đã đăng ký.

Khi chọn ngôn ngữ muốn sử dụng, nếu bạn đăng ký thêm số điện thoại của người bảo hộ khác, bạn có thể cùng nhận thông báo về ‘Lịch tiêm chủng tiếp theo’.

8. (Sau khi tiêm) Ở lại bệnh viện khoảng 20~30 phút, quan sát kỹ xem trẻ có phản ứng lạ hay không.

9. (Sau khi về nhà) Chú tâm theo dõi ít nhất trong 3 tiếng xem trẻ có triệu chứng lạ 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 phòng, 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	-	(<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)
Ngày sinh		Số đăng ký người nước ngoài	-	(<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ)
Số điện thoại	(Nhà riêng)	(Di động)	Thế trọng	kg

Nội dung đồng ý cung cấp thông tin cá nhân để thực hiện tiêm chủng	Bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ) Xác nhận <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

Theo Điều 32 về 'Luật phòng và quản lí bệnh truyền nhiễm' và Khoản 3 Điều 32 quy định thi hành cùng luật, chúng tôi đang thu thập thông tin cá nhân và thông tin dân sự.

- Mục đích thu thập- sử dụng thông tin cá nhân: kiểm tra bệnh đã tiêm phòng và lần tiêm phòng tiếp theo, gửi tin nhắn thông báo phản ứng bất thường có thể xảy ra sau tiêm phòng
- Nội dung thu thập-sử dụng thông tin cá nhân: thông tin cá nhân (thông tin dân sự, số chứng minh nhân dân), số điện thoại (nhà riêng và di động)
- Thời gian lưu giữ và sử dụng thông tin cá nhân: 5 năm

Đồng ý về việc kiểm tra trước nội dung tiêm phòng trong hệ thống quản lí tổng hợp tiêm chủng trước khi tiêm phòng * Trường hợp không đồng ý về việc kiểm tra nội dung, có thể phát sinh việc tiêm trùng lặp hoặc tiêm lẫn lộn.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--

Đồng ý về việc nhận tin nhắn cung cấp thông tin về bệnh đã tiêm và lần tiêm chủng tiếp theo. * Trường hợp không nhận tin nhắn thì không nhận được thông tin về nội dung không đồng ý.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Đồng ý nhận tin nhắn bằng điện thoại di động liên quan đến nội dung thông báo phản ứng bất thường có thể xảy ra sau tiêm chủng. * Trường hợp không nhận tin nhắn thì không nhận được thông tin về nội dung không đồng ý.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--

Nội dung xác nhận về đối tượng được tiêm chủng	Bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ) Xác nhận <input checked="" type="checkbox"/>
--	---

Hôm nay, trẻ có triệu chứng bệnh ở đâu không? Nếu có hãy viết triệu chứng: ()	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Trẻ có triệu chứng dị ứng gây mẩn ngứa với thuốc, thức phẩm (bao gồm cả trứng) hoặc vắc xin không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Sau tiêm chủng vắc xin lần trước, trẻ có phản ứng bất thường không? Nếu có thì hãy viết tên loại bệnh tiêm chủng: (Tên loại bệnh tiêm chủng:)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Trẻ có phải khám hay điều trị bệnh dị tật bẩm sinh, hen và bệnh phổi, bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan, tiểu đường hay bệnh nội tiết, bệnh đường máu không? Nếu có thì hãy viết tên bệnh: ()	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Trẻ có có bị co giật hoặc bị bệnh thuộc hệ thần kinh não (hội chứng Guillain-Barre) không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Trẻ có bệnh liên quan đến hệ miễn dịch như ung thư, bạch cầu không? Nếu có thì hãy viết tên bệnh: (Tên bệnh:)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Trong 3 tháng trở lại, trẻ có phải điều trị bệnh bằng chất steroid, thuốc chống ung thư, hóa trị xạ không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Trong 1 năm vừa qua, trẻ có phải tiếp máu hoặc truyền globulin miễn dịch không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--

Trong 1 tháng trở lại đây, trẻ có tiêm chủng không? Nếu có thì hãy viết tên loại bệnh tiêm chủng: (Tên loại bệnh tiêm chủng:)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	--

Mẹ bé hiện đang mang thai hoặc có khả năng là sẽ có thai trong tháng sau không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--

Bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ) đã được nghe bác sĩ giải thích về kết quả khám và phản ứng bất thường, sẽ thực hiện tiêm chủng.

Họ tên bản thân (Người đại diện pháp lí, người giám hộ): (Ký) Quan hệ với trẻ em: - ()

* Nếu trẻ chưa đăng kí khai sinh thì viết số chứng minh nhân dân người đại diện pháp lí (-)

Năm tháng ngày

Kết quả khám sàng lọc trước tiêm chủng (Mục bác sĩ viết)	Xác nhận <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

Thân nhiệt: °C	Đã giải thích về phản ứng bất thường sau tiêm chủng	<input type="checkbox"/>
----------------	---	--------------------------

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'	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Kết quả khám :

Kết quả khám cho thấy có thể tiêm chủng. Bác sĩ: (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. Bạn có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ ngay trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>) hoặc trên ứng dụng điện thoại.

- Đăng ký thành viên trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>) và đăng ký thông tin cho trẻ.
 - Đăng nhập trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Đăng ký thông tin trẻ]
- Bạn có thể kiểm tra lịch sử tiêm chủng của trẻ như sau:
 - Vào trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Xem lịch sử tiêm chủng].

- ※ Đăng ký thành viên trên trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP (<https://nip.kdca.go.kr>) và đăng ký thông tin cho trẻ.
- ※ Đăng nhập trang Hỗ trợ tiêm chủng NIP → [Quản lý tiêm chủng] → [Quản lý tiêm chủng cho trẻ] → [Đăng ký thông tin trẻ]

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

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

3. Dịch vụ gửi tin nhắn thông báo tiêm chủng cho trẻ giúp các bậc cha mẹ ghi nhớ lịch tiêm chủng của con em.

- Chỉ cần đăng ký thông tin số điện thoại của cha mẹ (người bảo hộ) cho bác sĩ, chúng tôi sẽ gửi tin nhắn thông báo lịch tiêm chủng bắt buộc hoặc lịch tiêm chủng tiếp theo cho bạn.
- Trường hợp muốn giao tiếp bằng ngôn ngữ khác, hãy báo với cơ quan tiêm chủng. Bạn có thể nhận được tin nhắn bằng tiếng Hàn và ngôn ngữ đã đăng ký. Ngoài ra, bạn có thể đăng ký thêm số điện thoại của người bảo hộ khác để cùng nhận tin nhắn thông báo.

■ 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 lưu trú dài hạn ở nước ngoài, trước khi về nước, vui lòng 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 đăng ký thông tin tiêm chủng lên hệ thống.

Tại Hàn Quốc, 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 nếu thông tin tiêm chủng đã được đăng ký đầy đủ trên hệ thống của Trung tâm quản lý bệnh tật.

* 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 sơ sinh.

Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia

국가예방접종 사업안내

» Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia cho trẻ em

Để bảo vệ người dân khỏi các bệnh truyền nhiễm thuộc đối tượng tiêm chủng, chúng tôi hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng cho các loại tiêm chủng cần thiết.

- Đối tượng hỗ trợ: Trẻ em dưới 12 tuổi
 - ※ Người thuộc đối tượng hỗ trợ vui lòng liên hệ Trung tâm y tế hoặc Cơ quan y tế được chỉ định gần nhất.
- Vắc xin hỗ trợ: 18 loại

Bệnh lao (BCG, trong da), viêm gan B (HepB), bạch hầu/ uốn ván/ ho gà (DTaP), uốn ván/ bạch hầu (Td), uốn ván/ bạch hầu/ ho gà (Tdap), Bại liệt(IPV), bạch hầu/ uốn ván/ ho gà/ bại liệt (DTaP-IPV), bạch hầu/ uốn ván/ ho gà/bại liệt/Haemophilusenzae loại b (DTaP-IPV/Hib), Haemophilusenzae loại b(Hib), phế cầu khuẩn (PCV), sởi/quai bị/ rubella (MMR), thủy đậu (VAR), viêm gan A(HepA), Vắc-xin bất hoạt viêm não Nhật Bản (IJEV), Vắc-xin sống giảm độc lực viêm não Nhật Bản (LJEV), Truyền nhiễm vi rút papilloma ở người (HPV), bệnh cúm (IIV), Vi rút Rota (RV)

- ※ Độ tuổi hỗ trợ bị giới hạn đối với một số vắc-xin, như BCG tiêm trong da, viêm gan A, và phế cầu khuẩn haemophilus influenzae b, v.v
- Cơ quan tiêm chủng: Cơ sở y tế được chỉ định hoặc Trung tâm y tế gần nhất
 - ※ Các tổ chức y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web hỗ trợ tiêm chủng (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Trung tâm y tế công cộng: Trước khi thăm khám cần kiểm tra xem có tiêm phòng được không

» Dự án phòng chống lây nhiễm viêm gan B thời kỳ chu sinh

Để ngăn ngừa nhiễm viêm gan B thời kỳ chu sinh của trẻ sơ sinh được sinh ra từ những bà mẹ dương tính với viêm gan B, chúng tôi hỗ trợ toàn bộ chi phí cho việc tiêm globulin miễn dịch khi sinh, tiêm vắc-xin chống viêm gan B và xét nghiệm kháng nguyên/ kháng thể.

- Đối tượng hỗ trợ
 - Trẻ sơ sinh được sinh ra từ mẹ dương tính với kháng nguyên bề mặt (HBsAg) hoặc kháng nguyên e (HBeAg) viêm gan B đồng ý nộp kết quả xét nghiệm* trước khi sinh khi mang thai và thông tin cá nhân của sản phụ
 - ※ Kết quả dương tính với kháng nguyên bề mặt (HBsAg) hoặc kháng nguyên e (HBeAg) của người mẹ khi mang thai hoặc trong vòng 7 ngày sau khi sinh
- Nội dung hỗ trợ
 - Hỗ trợ toàn bộ chi phí 1 mũi Globulin miễn dịch (khi mới sinh), 3 mũi tiêm phòng cơ bản (0, 1, 6 tháng), 1 lần xét nghiệm kháng nguyên/ kháng thể viêm gan B sau khi tiêm phòng cơ bản.
 - ※ Hỗ trợ thêm chi phí tiêm chủng nhắc lại (tối đa 3 lần) và xét nghiệm lại (tối đa 2 lần) theo kết quả xét nghiệm kháng nguyên / kháng thể lần đầu
 - ※ Các tổ chức y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web hỗ trợ tiêm chủng (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Trung tâm y tế công cộng: Trước khi thăm khám cần kiểm tra xem có tiêm phòng được không

Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia

국가예방접종 지원사업

» Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia về nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV)

Hỗ trợ chi phí tiêm vắc xin HPV để ngăn ngừa ung thư nhú ở cổ tử cung do nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV).

- Đối tượng hỗ trợ: Nữ 12-17 tuổi, nữ 18-26 tuổi có thu nhập thấp *
 - ※ Người nhận trợ cấp sinh kế căn bản và đối tượng cận nghèo (Dưới 50% mức thu nhập trung bình tiêu chuẩn dựa trên [Đạo luật An ninh Sinh kế Cơ bản Quốc gia])
- Nội dung hỗ trợ: Tiêm phòng nhiễm vi rút u nhú ở người (HPV) 2-3 lần *
 - * Căn cứ vào độ tuổi tiêm mũi 1, 12 đến 14 tuổi tiêm 2 mũi, 15 tuổi trở lên tiêm 3 mũi
 - * Hỗ trợ tư vấn sức khỏe cho các bé gái đủ 12 tuổi
- Vắc xin hỗ trợ: Vắc xin Gardasil (HPV4), vắc xin Cervarix (HPV2)
- Cơ quan tiêm chủng: Cơ sở y tế hoặc Trung tâm y tế công cộng được chỉ định gần nhất
 - ※ Các tổ chức y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web hỗ trợ tiêm chủng (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Trung tâm y tế công cộng: Trước khi thăm khám cần kiểm tra xem có tiêm phòng được không

» Dự án hỗ trợ tiêm chủng quốc gia cho bệnh cúm

Chúng tôi hỗ trợ toàn bộ chi phí tiêm chủng để phòng ngừa cúm và sự lây lan của cộng đồng địa phương ở người già, phụ nữ mang thai và trẻ em, là các nhóm có nguy cơ cao bị biến chứng khi nhiễm cúm.

- Đối tượng hỗ trợ: Trẻ em từ 6 tháng đến 13 tuổi, phụ nữ có thai, người cao tuổi trên 65 tuổi
- Nội dung hỗ trợ: 1 mũi vắc xin phòng bệnh cúm
- Cơ quan tiêm chủng: Các cơ sở y tế được chỉ định và các trung tâm y tế công cộng
 - ※ Các tổ chức y tế được chỉ định: Có thể kiểm tra tại trang web hỗ trợ tiêm chủng (<https://nip.kdca.go.kr>)
 - Trung tâm y tế công cộng: Trước khi thăm khám cần kiểm tra xem có tiêm phòng được không

Dự án kiểm tra tiêm chủng cho học sinh nhập học Cấp 1, 2

초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

» Dự án kiểm tra tiêm chủng cho học sinh nhập học Cấp 1, 2

Các trẻ em sinh hoạt trong môi trường tập thể là nhóm yếu dễ bị lây truyền các bệnh truyền nhiễm, nhằm tăng hiệu quả miễn dịch tập thể với đối tượng là các học sinh nhập học Cấp 1 và Cấp 2, chúng tôi khuyến khích việc kiểm tra đã thực hiện tiêm chủng chưa* để quản lý và đăng ký tiêm chủng cho các em chưa thực hiện tiêm chủng.

* Điều 31 [Luật phòng ngừa và kiểm soát các bệnh truyền nhiễm], điều 10 [Luật y tế học đường]

- Đối tượng: Tất cả trẻ em nhập học tiểu học và trung học cơ sở
- Đối tượng tiêm chủng cần xác nhận trong dự án
 - (Tiểu học) 4 ~ 6 tuổi, 4 loại tiêm chủng
DTaP 5 lần, IPV 4 lần, MMR 2 lần, viêm não Nhật Bản (vắc-xin bất hoạt 4 lần hoặc vắc-xin sống giảm độc lực 2 lần)
 - (Trung học cơ sở) 11~12 tuổi, 3 loại tiêm chủng
Tdap (hoặc Td) 6 lần, viêm não Nhật Bản (vắc-xin bất hoạt 5 lần hoặc vắc-xin sống giảm độc lực 2 lần), HPV 1 lần (học sinh nữ)

- Phương pháp của dự án

Liên kết thông tin học sinh nhập học Cấp 1, 2 của Bộ Giáo dục và thông tin về tiêm chủng của Trung tâm Cơ quan Kiểm soát dịch bệnh, kiểm tra đã thực hiện tiêm chủng các hạng mục của Dự án kiểm tra hay chưa và khuyến khích tiêm chủng với các em chưa thực hiện tiêm chủng.

※ Có thể kiểm tra thông tin về các mũi tiêm chủng đã đăng ký qua mạng điện tử trên trang web của người hỗ trợ tiêm chủng, không cần thiết phải nộp <Giấy chứng nhận tiêm chủng> cho trường

※ <Người chống chỉ định tiêm chủng> cần yêu cầu đăng ký trên hệ thống <nguyên nhân chống chỉ định tiêm chủng> tại cơ sở y tế nơi nhận chẩn đoán (tiêm chủng). Trường hợp cơ quan y tế gặp khó khăn trong việc đăng ký <nguyên nhân chống chỉ định tiêm chủng>, phải nhận giấy chẩn đoán có ghi rõ <nguyên nhân chống chỉ định tiêm chủng> và nộp lại cho trường học sau khi nhập học.

▶ Người chống chỉ định tiêm chủng

- Trường hợp từng phát sinh phản ứng dị ứng nghiêm trọng (sốc phản vệ) với thành phần của vắc xin hoặc sau khi tiêm chủng vắc xin trước đó
- Trường hợp từng phát sinh bệnh não mà không phát hiện ra nguyên nhân nào khác trong vòng 7 ngày sau khi tiêm vắc xin ho gà
- Người suy giảm miễn dịch hoặc người sử dụng thuốc ức chế miễn dịch

* Những lý do tạm thời như sốt cao, sử dụng globulin miễn dịch, dị ứng trứng và viêm da dị ứng không được coi là chống chỉ định.



어린이가 건강한 대한민국(베트남어)

Đại Hàn Dân Quốc vì một đất nước có trẻ em khỏe mạnh

표준예방접종일정표(2023) Lịch tiêm chủng tiêu chuẩn(2023)

대상감염병 Bệnh truyền nhiễm	백신종류 및 방법 Loại vắc xin và phương pháp	횟수 Số lần	출생~1개월 이내 được 1 tháng	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	만 4세 Dưới 4 tuổi	만 6세 Dưới 6 tuổi	만 11세 Dưới 11 tuổi	만 12세 Dưới 12 tuổi
병간염 Chất lây nhiễm loại B	HepB	3	HepB 1차 1회 HepB 2차 1회 2				HepB 3차 1회 3									
결핵 Bệnh lao	BCG (피내용 loại trong da)	1	BCG 1회 1회 1													
디프테리아 Bệnh bạch hầu	DTaP	5	DTaP 1차 1회 1		DTaP 2차 1회 2		DTaP 3차 1회 3		DTaP 4차 1회 4				DTaP 5차 1회 5			
파상풍 Lún ván	Tdap/Td	1														
백일해 Ho gà	IPV	4	IPV 1차 1회 1		IPV 2차 1회 2		IPV 3차 1회 3		IPV 4차 1회 4				IPV 5차 1회 5			
폴리오 Chứng bại liệt	Hib	4	Hib 1차 1회 1		Hib 2차 1회 2		Hib 3차 1회 3		Hib 4차 1회 4							
b형헤르페스인플루엔자 Viêm phổi và viêm màng não	PCV	4	PCV 1차 1회 1		PCV 2차 1회 2		PCV 3차 1회 3		PCV 4차 1회 4							
페렴구균 Phế cầu viêm phổi	PPSV	-														
로타바이러스 Lây nhiễm vì rút Rota	RV1	2	RV 1차 1회 1		RV 2차 1회 2											
홍역 Bệnh sởi	RV5	3	RV 1차 1회 1		RV 2차 1회 2		RV 3차 1회 3									
수두 Thủy đậu	MMR	2						MMR 1차 1회 1						MMR 2차 1회 2		
A형간염 Chất lây nhiễm loại A	VAR	1						VAR 1회 1회 1								
일본뇌염 Viêm não Nhật Bản	HepA	2							HepA 1~2차 1회 1-2							
사람유두종바이러스 Lây nhiễm vì rút gây u nhú ở người	IJEV	5											IJEV 3차 1회 3			IJEV 5차 1회 5
인플루엔자 Bệnh cúm	LJEV	2											LJEV 2차 1회 2			
	HPV	2														HPV 1~2차 1회 1-2
	IIIV	-														IIIV 매년 접종 Tiêm phòng IIIV mỗi năm

국가 예방접종 Tiêm chủng quốc gia

- 국가예방접종** : 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가)은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)
Tiêm chủng quốc gia: quốc gia để ra đối tượng bệnh truyền nhiễm cần tiêm chủng và tiêu chuẩn, phương pháp thực thi tiêm chủng dựa trên Nội dung tiêm chủng bắt buộc được khuyến khích (Luật quốc gia liên quan đến phòng ngừa và quản lý bệnh truyền nhiễm nhà nước đang gây quỹ và hỗ trợ theo căn cứ này)
- 기타예방접종** : 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종
Các loại tiêm chủng khác : có thể tiêm chủng các loại vắc xin (mất phí) phòng tránh bệnh truyền nhiễm khác ngoài bệnh truyền nhiễm chỉ định tại các cơ quan y tế tư nhân
- DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능
Vắc xin DTaP, IPV, Hib tùy vào lịch tiêm chủng có thể tiêm chủng thay thế bằng vắc xin hỗn hợp như DTaP-IPV hoặc DTaP-IPV/Hib

어린이 국가예방접종사업 안내

National Immunization Program for Children

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

Immunization is an effective and safe method to protect children from deadly diseases. The nation is providing a full support of the cost of immunization to prevent children from infectious diseases subject to vaccination.

▶▶ 국가예방접종 지원백신 National Vaccination Supported Vaccines

대상 감염병 Target Infectious Disease	백신 종류 및 방법 Vaccine type and method	횟수 Times	출생~1개월 Birth~1month	1개월 1month	2개월 2month	4개월 4month	6개월 6month	12개월 12month	15개월 15month	18개월 18month	19~23개월 19~23month	24~35개월 24~35month	만4세 4years old	만6세 6years old	만11세 11years old	만12세 12years old
B형간염 Hepatitis B	HepB	3	HepB 1회 (Primary)	HepB 2회 (Secondary)			HepB 3회 (3rd)									
결핵 Tuberculosis	BCG (피내용)	1	BCG 1회 (1 time)													
디프테리아 Diphtheria 파상풍 Tetanus 백일해 Whooping cough	DTaP	5		DTaP 1회 (Primary)	DTaP 2회 (Secondary)	DTaP 3회 (3rd)		DTaP 4회 (4th)					DTaP 5회 (5th)			
파상풍 Td	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6회 (6th)
폴리오 Polio	IPV	4		IPV 1회 (Primary)	IPV 2회 (Secondary)		IPV 3회 (3rd)						IPV 4회 (4th)			
인플루엔자 B-type B-type Influenza	Hib	4	Hib 1회 (Primary)	Hib 2회 (Secondary)	Hib 3회 (3rd)		Hib 4회 (4th)									
PCV	PCV	4	PCV 1회 (Primary)	PCV 2회 (Secondary)	PCV 3회 (3rd)		PCV 4회 (4th)									
폐렴구균 Pneumococcal	PPSV	-											고위험군에 한하여 접종 (Vaccination only for high risk group)			
로타바이러스 감염증 Rotavirus Infections	RV1 RV5	2 3		RV 1회 (Primary)	RV 2회 (Secondary)	RV 3회 (3rd)										
홍역 Measles 유행성이하선염 Mumps 풍진 German measles	MMR	2					MMR 1회 (Primary)						MMR 2회 (Secondary)			
수두 Chicken pox	VAR	1					VAR 1회 (1 time)									
A형간염 Hepatitis A	HepA	2						HepA 1~2회 (Primary~Secondary)								
일본뇌염 Japanese Encephalitis	IJEV (불활성화 백신) IJEV (약독화 생백신)	5 2						IJEV 1~2회 (Primary~Secondary) IJEV 1회 (Primary)				IJEV 3회 (3rd)	IJEV 4회 (4th)			IJEV 5회 (5th)
사람유두종바이러스 감염증 Human Papilloma Virus Infection	HPV	2														HPV 1~2회 (Primary~Secondary)
인플루엔자 Influenza	IIV	-										IIV 매년 접종 (Annual inoculation)				

▶▶ 무료 접종 지정 의료기관 Free vaccination designated medical institution

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- Designated medical institutions can be found at the Vaccination Assistance (NIP) website (<https://nip.kdca.go.kr>).
 - * 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
 - * Please check the type of vaccine available before you visit a designated medical institution.
 - * 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
 - * Designated medical institution information is provided in Korean.
- 부득이한 사유로 출생신고가 1개월 이상 지연되었다면 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- If your birth report is delayed for more than one month due to any inevitable reasons, you can still get a free vaccination if you receive a temporary control number for vaccination at the public health center.
- 접종기관에서 전산등록한 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집에서 확인할 수 있습니다. 예방접종을 완료하지 않은 경우, 가까운 보건소 또는 지정 의료기관을 방문하여 무료접종 받으시기 바랍니다. 만약 예방접종을 완료하였으나 전산등록이 누락된 경우 접종기관에 전산등록을 요청하시기 바랍니다(한국어로만 지원).
- Your child's immunization records registered on the system by the vaccination agency can also be found in the Vaccination Assistance website. If you have not completed vaccination, visit your nearest public health center or a designated medical institution for free vaccination. If you have completed the vaccination but are missing a registration, please ask the vaccination agency for registration (Provided in Korean only).
- 더 궁금한 사항은 인터넷 예방접종도우미 누리집 통해 확인하거나 전화로 문의주세요
- If you have further questions, please check through the Internet Vaccination Assistance (NIP) website or please call us.

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

National Immunization Program Guide

(Guardians for Multicultural Families)

1. View your vaccinations written in your native language and fill out the (in Korean) ‘vaccination preparation table’.

〈When filling out the vaccination preparation table〉

- Write your child's full name in Korean or English.
- Please fill out social security number (foreign registration number). If your child does not have a social security number (foreign registration number), write down the ‘temporary control number’ issued by the public health center for vaccination.
- If your date of birth differs from your child’s actual date of birth, write the actual date of birth in the box provided.
 - * The vaccination schedule is based on your actual date of birth, so if your child’s date of birth is different, ask your local public health center to bring a document (such as a birth certificate) to prove your child’s date of birth.
- If your child is sick today, please fill out the following symptoms.

- | | | | | |
|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------------|
| 1. Fever | 2. Cough | 3. Sore throat | 4. Diarrhea | 5. Abdominal pain |
| 6. Vomiting | 7. Headache | 8. No energy | 9. Other | |

2. Please wait in front of the office until your child's name is called.
3. (Before vaccination) Check your child's history of past vaccinations.
 - ※ The doctor for pre–vaccination check may check the child's past vaccination history through the computer system.
 - ※ Show your child's immunization record to your doctor for pre–vaccination check if you have an immunization certificate or a baby notebook.
4. (Before vaccination) please hear carefully about the contents of consultation and adverse effects that doctor explains.
 - ※ If you are not comfortable with Korean, ask your doctor for pre–vaccination check to print out the VIS in your native language, and carefully read ‘Precautions and Adverse Effects after Vaccination’
5. (when Inoculation) To help the doctor for pre–vaccination check safely give your child a shot, when your child is young, have your child sit on your thighs and wraps your child's upper body with one arm.
6. (when Inoculation) Listen carefully about before and after vaccination and receive the vaccination.
7. (After vaccination) Determine your child's next vaccination date with your doctor for pre–vaccination check.
 - * When filling out the schedule, ‘accept mobile phone number marking and text reception’ and tell your doctor for pre–vaccination check the language you want. From the next vaccination date, you will be notified of the next vaccination name and vaccination date in a language you desire.
 - If you select your preferred language, you can register additional mobile phone numbers of another guardian so that you can be informed of the next vaccination schedule with another guardian.
8. (after vaccination) Stay in the hospital for 20–30 minutes and watch for any adverse reactions.
9. (after your return home) Watch your child's symptoms carefully for at least three hours and seek medical attention immediately if your child has a high fever or have other unusual physical symptoms.

If you need an interpreter related to vaccination, call the Danuri Call Center (☎ 1577–1366) for assistance.

Immunization Screening Questionnaire

To ensure safe vaccinations, please read the following questions carefully and mark Patient/ Parent or Legal Guardian as appropriate.

Name		Resident Registration Numbers	-	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number	-	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Telephone	(Home)	(Cell Phone)	Weight	kg

Release of Personal Vaccination Information	Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

We collect personal information including Foreign Registration Number and Sensitive Information in accordance with the "INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 24, 32 and the "ENFORCEMENT DECREE OF THE INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 32-3. The additional personal information to be collected is as follows:

- Personal information collection-processing purpose: sending reminder messages regarding upcoming vaccination dates, confirmation messages for received vaccinations, and messages regarding the monitoring of adverse events following immunization.
- Personal information collection-processing category: personal information(including Foreign Registration Number and Sensitive Information), telephone(home, cell phone)
- Period of retention and use: 5 years

I hereby consent to the release of my child's (my) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS). * Denying consent could lead to unnecessary vaccinations or cross vaccinations.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I hereby consent to receiving reminder messages for upcoming vaccinations and confirmation of received vaccinations. * Denying consent will result in no longer receiving information on upcoming or received vaccinations.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
I hereby consent to receiving messages for the monitoring of adverse events following immunization. * Denying consent will result in no longer receiving information on adverse events following immunization.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Pre-Immunization Screening Checklist	Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------------------	---

Are you feeling sick today? If yes, please describe any symptoms. ()	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash to certain medications, foods (especially eggs), or vaccinations?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced any adverse events following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ()	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, lung, heart, kidney, or liver problems, metabolic diseases (e.g. diabetes), or blood disorders? If yes, please specify. ()	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you experienced seizures or other nervous system disorders (e.g. Guillain-Barre syndrome)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have cancer, hematologic diseases, or any other immune system problem? If yes, please describe. ()	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past year, have you ever received a blood transfusion or immunoglobulin?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received any vaccinations within the past month? If yes, please specify. ()	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(For women) Are you pregnant or is there a chance of becoming pregnant within the next month?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

I hereby confirm that I have been informed of my examination results and of the potential adverse events following immunizations (AEFIs), and hereby agree to receiving vaccination(s).

Patient or Parent/Legal Guardian:
 (Name) _____ (Signature) _____ (Relationship to patient) _____
 * National Registration Number of legal guardian (if your child's birth has not yet been registered): -
 Date : _____ (yyy) _____ (mm) _____ (dd)

Results of Pre-Vaccination Screening (to be completed by a physician)	Check <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

Body temperature : _____ °C	I have explained about possible risks of immunization (AEFI)	<input type="checkbox"/>
I have explained that the vaccine recipient should stay at the medical institution for 20~30 minutes for observation.		<input type="checkbox"/>
Results of history-taking :		
Based on the patient's history and physical examination, the vaccine recipient is able to receive vaccinations. Physician (Name): _____ (Signature) _____		



자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. Check your child's immunization record.

■ What's the benefit of computerizing immunization records?

1. You can check your child's vaccination record in the immunization helper website (<https://nip.kdca.go.kr>) right away.

- Become a member of the Vaccination Assistance website (<https://nip.kdca.go.kr>) and register your children.
 - Vaccination Assistance Homepage Login → [Vaccination Management] → [Child Vaccination Management] → [Child Information Registration]
- Check the registered child's vaccination records in the following ways.
 - Vaccination Assistance homepage → [Vaccination Management] → [Child Vaccination Management] → [Child Vaccination History Inquiry]

- ※ If your child's immunization record is not registered, request a vaccination agency your child has vaccination to register it.
- ※ The Immunization Handbook is a handbook that helps guardians manage their children's vaccination details and is not a substitute for the vaccination certificate.

2. You can get a vaccination certificate online for free (in Korean or English).

- Vaccination Assistance Homepage Login → [Vaccination Records] → [E-Application Service] → [Vaccination Certificate]

3. To help you remember your child's vaccination date, we will inform you of the next vaccination date through text messages.

- Please provide the mobile phone number of the parent (guardian) who can be contacted by your doctor. They will inform you of the next vaccination date by text about the required vaccinations.
- If you want the service in foreign language, you can request a vaccination agency to send information in your preference language along with Korean. Moreover, you can register additional mobile phone numbers of other guardians so that you can be informed of the next vaccination schedule with other guardians.

■ Please obtain a vaccination certificate for your child who has been vaccinated overseas.

After your long-term stay in a foreign country, you must obtain a certificate of vaccination or a document signed or officially signed by an immunization agency before returning home.

In order to prevent and manage infectious diseases and protect the health of children and students living in groups, the Republic of Korea is required to submit a vaccination certificate upon admission to daycare centers or elementary and junior high schools.

However, vaccination certificate will not be submitted to the day care center or school if it is registered on the KDCA.

* In accordance to: Article 31 of the Act on the Prevention and Management of Infectious Diseases, Article 10 of the School Health Act, and Article 313 of the Infant Care Act.

National Immunization Program Guide

국가예방접종 사업안내

» National Immunization Support Program for Children

Immunization is fully funded to protect children from vaccine-preventable infectious diseases.

- **Recipients:** children under 12

※ Inquire nearby public health center or designated hospital for more recipient details

- **No. of vaccine types:** 18

Tuberculosis (BCG, intradermal), Hepatitis B, Diphtheria/Tetanus/Pertussis (DTaP), Tetanus/Diphtheria (Td), Tetanus/Diphtheria/Pertussis (Tdap), Poliomyelitis (IPV), Diphtheria/Tetanus/Pertussis/Poliomyelitis (DTaP-IPV), Diphtheria/Tetanus/Pertussis/Poliomyelitis/Haemophilus Influenza Type B (DTaP-IPV/Hib) Haemophilus Influenza Type B (Hib), Pneumococcus(PCV), Measles/Mumps/Rubella (MMR), Varicella (VAR), Hepatitis A(HepA) Inactivated Japanese Encephalitis Vaccine (IJEV), Live-Attenuated Japanese Encephalitis Vaccine (LJEV), Hepatitis A (HepA), Human Papilloma Virus (HPV), Influenza (IIV), Rotavirus(RV)

※ Vaccines, such as Intradermal Tuberculosis (BOG), Hepatitis A, Diplococcus Pneumoniae and Haemophilus

- **Vaccination provider:** nearby public health center or designated hospital

※ Information on designated hospitals: Check designated hospitals on Vaccination Guideline Website Nurijip(<https://nip.kdca.go.kr>).

Health Centers: It is required to check availability of vaccination before visiting your nearest health center.

» Perinatal Hepatitis B Virus Infection Prevention Program

To prevent perinatal Hepatitis B infection from a Hepatitis B positive mother, the injection of immunoglobulin, Hepatitis B immunization, and antigen and antibody tests are fully funded.

- **Recipients**

Children born from a mother who is positive for Hepatitis B surface antigen and Hepatitis B e-antigen and submitted prenatal examination result and signed the personal information agreement

※ The examination result of a mother who is positive for Hepatitis B surface antigen and Hepatitis B e-antigen during pregnancy or within 7 days after birth are required

- **Support Details**

A dose of immunoglobulin injection (at birth), three doses of routine immunizations (at 0, 1, 6 months) and a Hepatitis B antigen, and an antibody examination are fully funded.

※ Follow-up immunization (up to three doses) and re-examination (up to 3 doses) are funded according to the 1st antigen and antibody test results.

※ Information on designated hospitals: Check designated hospitals on Vaccination Guideline Website Nurijip (<https://nip.kdca.go.kr>).

Health Centers: It is required to check availability of vaccination before visiting your nearest health center.

National Immunization Support Program

국가예방접종 지원사업

» National HPV immunization program

HPV vaccination expenses are fully covered by the government for preventing cancers including cervical cancer caused by HPV infection.

- **Recipients:** female teenagers from 12 to 17 years old, women from 18 to 26 years old in low income group.
 - ※ Basic livelihood recipients and near poverty group (below 50% of median income standard) in accordance with “National Basic Living Security Act”
- **Support:** from twice to three times.
 - * Twice for female teenagers from 12 to 14 years old who get the vaccination for the first time, three times for young women of 15 or older.
 - * Health counseling for 12-year-old girls getting vaccination.
- **Vaccine types:** Gardasil (HPV4), Cervarix (HPV2)
- **Vaccination agencies:** nearest public health center or designated hospital
 - ※ Information on designated hospitals: Check designated hospitals on Vaccination Guideline Website Nuriijp(<https://nip.kdca.go.kr>).
 - Health Centers: It is required to check availability of vaccination before visiting your nearest health center

» National Influenza Immunization Support Program

Influenza immunization is fully supported for the elderly who have a higher risk of developing a complications when infected with influenza, pregnant women, and children who go to school to prevent influenza from spreading in the community.

- **Recipients:** children from 6 months old to 13 years old, pregnant women, the elderly who are 65 or older
- **Support:** 1 dose of quadrivalent influenza immunization
- **Vaccination provider:** nearby public health center or designated hospital
 - ※ Information on designated hospitals: Check designated hospitals on Vaccination Guideline Website Nuriijp (<https://nip.kdca.go.kr>).
 - Health Centers: It is required to check availability of vaccination before visiting your nearest health center

Immunization Confirmation Program For Elementary and Middle School Entry

초·중학교 입학생 예방접종 확인사업

» Immunization Confirmation Program For Elementary and Middle School Entry

Children who go to school are vulnerable to infectious diseases. Students newly entering elementary or middle school are required to submit the immunization records to school to increase the efficiency of the herd immunity, to manage the unimmunized and to encourage parents to register their children's immunization records in the national system.

* Article 31 of the Infectious Disease Control and Prevention Act, Article 10 of the School Health Act

- **Beneficiaries:** All children who enter elementary and middle school
- **Immunization Types to be confirmed:**
 - (Elementary school) four types required for 4 to 6 year-olds
5th DTaP, 4th IPV, 2nd MMR, Japanese Encephalitis (4th Inactivated Vaccine or 2nd Live-Attenuated Vaccine)
 - (Middle school) three types required for 11 and 12 year-olds
6th Tdap (or Td), Japanese Encephalitis (5th Inactivated Vaccine or 2nd Live-Attenuated Vaccine) 1st HPV (for female students)

- **Program Description:**

The Ministry of Education's New Elementary and Middle School Student Information and Immunization Records and the Korea Centers for Disease Control and Prevention shall be connected to confirm the immunization history of the students and to encourage the unimmunized to have immunizations.

- ※ The vaccination records registered on the system can be checked on Vaccination Guideline Website Nurijip (<https://nip.kdca.go.kr>) and you don't need to submit the "Certificate of Vaccination" to a school.
- ※ Immunization records can be confirmed at the immunization guide website, and when immunization records can be located from the system, parents do not need to submit the child's certificate of immunization to the school.
- ※ Those who are prohibited from getting an immunization shall ask the hospital of diagnosis to register the causes in the system. But, when the hospital cannot register the cause of immunization prohibition to the system, the written diagnosis shall be submitted to the school after enrollment.

▶ Immunization Prohibitions:

- In the event of the occurrence of a severe allergic reaction (anaphylaxis) against the vaccine ingredient or after a previous vaccination
- In the event of the occurrence of encephalopathy without a known cause within 7 days of administration of the pertussis vaccine
- Immune deficient person or immunosuppressant users

* Temporary causes such as high fever or injection of immunoglobulin, an egg allergy, or atopic dermatitis shall not be causes for immunization prohibition.



어린이가 건강한 대한민국 Korea, where children is healthy



표준예방접종일정표 (2023) Standard vaccination schedule (2023)

대상 감염병 Target infectious disease	백신 종류 및 방법 Vaccine type and method	횟수 Times	출생~1개월 이내 Birth~1month	1개월 1month	2개월 2month	4개월 4month	6개월 6month	12개월 12month	15개월 15month	18개월 18month	19~23개월 19~23month	24~35개월 24~35month	만4세 4years old	만6세 6years old	만11세 11years old	만12세 12years old
B형간염 Hepatitis B	HepB	3	HepB 1차 (Primary) BCG 1회 (1 time)	HepB 2차 (Secondary)			HepB 3차 (3rd)									
결핵 Tuberculosis	BCG(피내용)	1	BCG 1회 (1 time)													
디프테리아, Diphtheria 파상풍 Tetanus 백일해 Whooping cough	DTaP	5		DTaP 1차 (Primary)	DTaP 2차 (Secondary)	DTaP 3차 (3rd)	DTaP 4차 (4th)	DTaP 5차 (5th)								
폴리오 폴리오	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6차 (6th)
홍역 Measles 유행성이하진염 Mumps 풍진 German measles	IPV	4		IPV 1차 (Primary)	IPV 2차 (Secondary)	IPV 3차 (3rd)	IPV 4차 (4th)									
B형헤모필루스인플루엔자 B-type Pneumococcus	Hib	4		Hib 1차 (Primary)	Hib 2차 (Secondary)	Hib 3차 (3rd)	Hib 4차 (4th)									
폐렴구균 Pneumococcal	PCV	4		PCV 1차 (Primary)	PCV 2차 (Secondary)	PCV 3차 (3rd)	PCV 4차 (4th)									
포타바이러스 감염증 Rotavirus Infections	PPSV	-														
홍역 Measles 유행성이하진염 Mumps 풍진 German measles	RV1	2		RV 1차 (Primary)	RV 2차 (Secondary)											
수두 Chicken pox	RV5	3		RV 1차 (Primary)	RV 2차 (Secondary)	RV 3차 (3rd)										
A형간염 Hepatitis A	MMR	2						MMR 1차 (Primary)								
일본뇌염 Japanese Encephalitis	VAR	1						VAR 1회 (1 time)								
사람유두종바이러스 감염증 Human Papilloma Virus Infectious Disease	HepA	2						HepA 1~2차 (Primary~Secondary)								
인플루엔자 Influenza	LJEV(불활성화 백신) LJEV(약독화 생백신)	5						LJEV 1~2차 (Primary~Secondary) LJEV 1차 (Primary)	LJEV 3차 (3rd) LJEV 2차 (Secondary)					LJEV 4차 (4th)		LJEV 5차 (5th)
	HPV	2														
	IIV	-														

● 국가예방접종: 국가에서 권장하는 필수예방접종(국가는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)
National vaccination: The nationally recommended mandatory vaccination (the National Law on the Prevention and Management of Infectious Diseases establishes the standards and methods of infectious diseases and vaccinations to be vaccinated, and raises and supports financial resources on vaccination)

● 기타예방접종: 예방접종 대상 감염병 및 지정감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료예방접종
Other vaccinations: Paid vaccinations that can be given at private medical institutions with infectious diseases other than those targeted for vaccination and designated infectious diseases.

● DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종가능
DTaP, IPV, Hib vaccine can be inoculated with DTaP-IPV or DTaP-IPV / Hib vaccine according to vaccination schedule