

# 어린이 국가예방접종사업 안내

## แนะนำการฉีดวัคซีนในเด็ก

예방접종은 치명적인 질병으로부터 아이들을 보호할 수 있는 안전하고 효과적인 방법으로, 어린이 감염병 예방을 위해 국가에서 예방접종비용을 전액 지원하고 있습니다.

การฉีดวัคซีนเป็นการเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กเพื่อป้องกันโรคร้ายที่อาจเกิดขึ้นแล้วเป็นอันตรายต่อเด็กได้ ซึ่งเป็นวิธีปลอดภัยและได้ประสิทธิภาพ ทางรัฐบาลจึงมีการสนับสนุนเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทั้งหมดให้ฉีดวัคซีนฟรี

### » 국가예방접종 지원백신 วัคซีนที่รัฐบาลสนับสนุนให้ฉีด

สาธารณรัฐเกาหลีที่มีเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง ตารางการให้วัคซีนสำหรับเด็ก(2022)

대상질환명 โรคที่ต้อง	백신종류 및 방법 ชนิดวัคซีนและวิธีการ	회수 รอบ	0월~1개월 생일~1개월 แรก	1개월 1เดือน	2개월 2เดือน	4개월 4เดือน	6개월 6เดือน	12개월 12เดือน	15개월 15เดือน	18개월 18เดือน	19~23개월 19-23เดือน	24~35개월 24-35เดือน	만 4세 4ปี	만 6세 6ปี	만 11세 11ปี	만 12세 12ปี	
국가예방접종 การฉีดวัคซีน ฟรี	결핵 วัณโรค BCG (วัคซีน ฉีดในเข็มแรก)	1	BCG 1회 ฉีดเข็มแรก														
	B형간염 ไข้ไวรัสตับอักเสบบี HepB	3	HepB 1회 ฉีดเข็มแรก	HepB 2회 ฉีดเข็ม2			HepB 3회 ฉีดเข็ม3										
	디프테리아 ไอพอลิโอ 파상풍 หนองคอตีบ 백일해 ไขข้ออักเสบ DTaP/Td	5		DTaP 1회 ฉีดเข็มแรก	DTaP 2회 ฉีดเข็ม2	DTaP 3회 ฉีดเข็ม3			DTaP 4회 ฉีดเข็ม4				DTaP 5회 ฉีดเข็ม5				
	폴리오 ไขข้ออักเสบ IPV	4		IPV 1회 ฉีดเข็มแรก	IPV 2회 ฉีดเข็ม2		IPV 3회 ฉีดเข็ม3						IPV 4회 ฉีดเข็ม4				
	b형헤모필루스인플루엔자 Hib	4		Hb 1회 ฉีดเข็มแรก	Hb 2회 ฉีดเข็ม2	Hb 3회 ฉีดเข็ม3	Hb 4회 ฉีดเข็ม4										
	폐렴구균 วัณโรคชนิด pneumococcal PCV	4		PCV 1회 ฉีดเข็มแรก	PCV 2회 ฉีดเข็ม2	PCV 3회 ฉีดเข็ม3	PCV 4회 ฉีดเข็ม4										
	PPSV	-												2회 ฉีดเข็มแรก ฉีดเข็ม2 ฉีดเข็ม3 ฉีดเข็ม4 ฉีดเข็ม5			
	홍역 ไขข้อ 유행성이하선염 ไขข้อ 풍진 MMR	2					MMR 1회 ฉีดเข็มแรก							MMR 2회 ฉีดเข็ม2			
	수두 ไขข้อ VAR	1					VAR 1회 ฉีดเข็มแรก										
	A형간염 ไข้ไวรัสตับอักเสบบี HepA	2							HepA 1~2회 ฉีดเข็มแรก~2								
	일본뇌염 ไข้สมองอักเสบ JEV	5							LEV 1~2회 ฉีดเข็มแรก~2				LEV 3회 ฉีดเข็ม3		LEV 4회 ฉีดเข็ม4		LEV 5회 ฉีดเข็ม5
	사람유두종바이러스 감염증 HPV	2							LEV 1회 ฉีดเข็มแรก				LEV 2회 ฉีดเข็ม2				
	인플루엔자 ไข้หวัดใหญ่ IIV	-															IV 4회 ฉีดเข็ม1 ฉีดเข็ม2 ฉีดเข็ม3 ฉีดเข็ม4
	기타 วัคซีน โรคอื่น	RV1 RV5	2 3		RV 1회 ฉีดเข็มแรก	RV 2회 ฉีดเข็ม2	RV 2회 ฉีดเข็ม2	RV 3회 ฉีดเข็ม3									

### » 무료 접종 지정 의료기관

### » สถานพยาบาลที่ขอรับวัคซีนฟรี

- 지정 의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.
- สถานพยาบาลจะค้นหาได้ผ่านเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน(<https://nip.kdca.go.kr>)
  - \* 지정 의료기관 방문 전 접종 가능한 백신 종류를 확인하시기 바랍니다.
  - \* โปรดตรวจสอบชนิดวัคซีนที่สามารถฉีดได้ก่อนที่จะไปสถานพยาบาล
  - \* 지정 의료기관 정보는 한국어로 제공됩니다.
  - \* ข้อมูลสถานพยาบาลให้บริการเฉพาะภาษาเกาหลี
- 출생신고가 1개월 이상 지연된 경우 보건소에서 예방접종을 위한 임시관리번호를 발급받으면 무료 접종 가능합니다.
- หากมีการแจ้งเกิดช้าเกิน1เดือน สามารถฉีดวัคซีนฟรีได้โดยได้รับหมายเลขชั่วคราวเพื่อฉีดวัคซีนจากสถานอนามัยก่อน
- 자녀의 예방접종 기록은 예방접종도우미 누리집 또는 이동통신 앱에서도 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).
- ประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรหลานตรวจสอบได้ผ่านเว็บไซต์หรือแอป หากยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีน โปรดมารับวัคซีนฟรีที่สถานอนามัยหรือสถานพยาบาลใกล้ขีด หากฉีดวัคซีนแล้ว แต่ประวัติการฉีดวัคซีนยังไม่บันทึกทางคอมพิวเตอร์ โปรดแจ้งขอทะเบียนที่สถานที่ฉีดวัคซีน (ให้บริการเฉพาะภาษาเกาหลี)
- 더 궁금한 사항이 있을 때에는 인터넷 예방접종도우미 누리집 또는 이동통신 앱을 통해 확인하거나 전화로 문의주세요.
- หากมีอะไรสงสัยหรือต้องการ กรุณาตรวจสอบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนหรือแอป หรือติดต่อทางโทรศัพท์

누리집: <https://nip.kdca.go.kr> | 전화번호: 043-719-8397~8399 | 다누리콜센터: 1577-1366  
 เว็บไซต์ <https://nip.kdca.go.kr> เบอร์โทรศัพท์ 043-719-8397~8399 สายด่วน ดานูรี 1577-1366

# หนังสือคู่มือแนะนำการฉีดวัคซีน

(สำหรับผู้ปกครองของครอบครัวหลากหลายวัฒนธรรม)

## 1. อ่านแบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีนเป็นภาษาไทยและกรอกแบบสอบถาม(ภาษาเกาหลี)

### <ข้อควรระวังในการกรอกแบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีน>

- กรอกชื่อสกุลของบุตรเป็นภาษาเกาหลีหรือภาษาอังกฤษ
- กรอกหมายเลขประจำตัวประชาชน(หมายเลขประจำตัวชาวต่างชาติ)
- หากไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชน(หมายเลขประจำตัวชาวต่างชาติ) กรอก'หมายเลขชั่วคราว'ที่ออกจากสถานที่อนามัยเพื่อการฉีดวัคซีน
- หากวันเดือนปีเกิดในหมายเลขประจำตัวประชาชนไม่ตรงกับวันเดือนปีเกิดที่จริง กรอกวันเดือนปีเกิดที่จริงในช่องนั้น
  - \* ตารางการฉีดวัคซีนจะกำหนดโดยวันเดือนปีเกิดที่จริง ซึ่งหากวันเดือนปีเกิดไม่ตรงกัน ขอเปลี่ยนด้วยเอกสารที่จะรับรองวันเดือนปีเกิดที่จริงได้(สูติบัตร ฯลฯ)ที่สถานที่อนามัยใกล้ขีด
- หากวันนี้มีอาการเจ็บป่วยที่ตรงกับอาการตามด้านล่าง กรอกรายละเอียดตามอาการดังต่อไปนี้

- |            |             |                   |             |            |
|------------|-------------|-------------------|-------------|------------|
| 1. มีไข้   | 2. ไอ       | 3. เจ็บคอ         | 4. ท้องเสีย | 5. ปวดท้อง |
| 6. อาเจียน | 7. ปวดศีรษะ | 8. ไม่มีเรี่ยวแรง | 9. อื่นๆ    |            |

## 2. รอข้างหน้าห้องตรวจสักครู่ จนกว่าจะเรียกชื่อบุตรของท่าน

## 3. (ก่อนการฉีดวัคซีน) จะตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนว่าได้ฉีดวัคซีนเหมือนกันหรือไม่ในอดีต

- \* แพทย์สามารถตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรของท่านจากระบบคอมพิวเตอร์ได้
- \* หากมีสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กที่บันทึกประวัติการฉีดวัคซีน ยื่นให้แพทย์ดู

## 4. (ก่อนการฉีดวัคซีน) แพทย์จะอธิบายผลการตรวจเบื้องต้นและอาการผิดปกติ

- \* หากไม่เข้าใจภาษาเกาหลี ขอพิมพ์คู่มือแนะนำการฉีดวัคซีนเป็นภาษาไทยให้แพทย์และอ่าน'ข้อควรระวังและอาการผิดปกติหลังการฉีดวัคซีน'ให้เข้าใจได้

## 5. (หลังจากฉีดวัคซีน)หากบุตรมีอายุน้อย ผู้ปกครองเอาเด็กนั่งบนตักและอุ้มส่วนบนของเด็กให้แขนข้างหนึ่งประคองเพื่อให้หมอนัดฉีดวัคซีนได้อย่างสะดวก

## 6. (ขณะฉีดวัคซีน) รับวัคซีนโดยฟังข้อควรระวังก่อนและหลังการฉีดวัคซีนก่อนแล้ว

## 7. (หลังฉีดวัคซีน) กำหนดวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไปของบุตรโดยปรึกษากับหมอก่อน

- \* ตอนกรอกแบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีน หาก'ยื่นขอมกรอกเบอร์โทรศัพท์มือถือและรับข้อความทางมือถือ'และบอกภาษาที่อยากจะได้รับข้อความให้แพทย์ ตั้งแต่วันครั้งต่อไป ท่านจะได้รับข้อความเรื่อง'ชื่อวัคซีนและวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไป'ด้วยภาษาเกาหลีและภาษาที่อยากจะได้รับข้อความ หากเลือกภาษาที่อยากจะได้รับข้อความ ท่านสามารถเพิ่มเบอร์โทรศัพท์มือถือของผู้ปกครองคนอื่นได้เพื่อรับตารางฉีดวัคซีนครั้งต่อไปด้วยกัน

## 8. (หลังฉีดวัคซีน) อยู่ที่พยาบาล 20~30นาทีและดูแลบุตรว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือไม่

## 9. (หลักกลับบ้าน) ต้องสังเกตอาการอย่างน้อย ไม่ต่ำกว่า 3ชั่วโมง หากมีไข้สูงหรือมีอาการผิดปกติด้านร่างกาย รีบมารับตรวจและรักษาที่พยาบาลทันที

\* หากต้องการล่ามเพื่อการฉีดวัคซีน ติดต่อสายด่วน ดานูรี(☎ 1577-1366) เพื่อรับความช่วยเหลือ

# แบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

เพื่อความปลอดภัยในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค กรุณาอ่านและตอบคำถามด้านล่าง และเซ็นต์เพื่อยินยอมในข้อยืนยันความเป็นเจ้าตัว (ตัวแทนตามกฎหมาย,ผู้ปกครอง)มีชื่อสกุล

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

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

ตาม'กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ'มาตรา32และกฎหมายบังคับใช้ที่เกี่ยวข้องมาตรา32 ข้อ2 ทางหน่วยงาน ได้ทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลข ประจำตัวประชาชนและรายการเพิ่มเติมด้านล่าง

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

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

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

วันนี้มีอาการเจ็บบริเวณไหนหรือไม่ ? กรุณาบอกอาการเจ็บ ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยมีอาการแพ้เป็นผื่นหรือลมพิษหลังจากที่มีการฉีดวัคซีนป้องกัน หรือแพ้ยาเพื่ออาหาร(รวมทั้งไข่)หรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ในอดีตเคยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังจากฉีดวัคซีนหรือไม่ ? หากมีกรุณากรอกชื่อของวัคซีนที่เคยรับ (ชื่อวัคซีน: )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยได้รับการรักษาหรือตรวจเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากความพิการโดยกำเนิด, โรคหอบ, โรคเกี่ยวกับปอด, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคตับ, โรคเบาหวาน, ฮอร์โมน, หรือโรคทางเลือดหรือไม่? หากมีกรุณากรอกชื่อโรค ( )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยมีอาการชักหรือโรคทางประสาทส่วนสมอง (รวมทั้งกลุ่มอาการกิลแลงเบอร์ก) หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
เคยเป็นโรคเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทาน อย่างเช่นมะเร็งเม็ดเลือดขาวหรือมะเร็งหรือไม่ ? หากมีกรุณากรอกชื่อโรค (ชื่อโรค : )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ล่าสุด ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาเคยได้รับการรักษา โดยใช้ยาสเตียรอยด์, ยาต้านมะเร็ง หรือการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ล่าสุด 1ปีที่ผ่านมาคือได้รับการให้เลือดหรืออิมมูโนโกลบูลินหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
ล่าสุดภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันแล้วหรือไม่ ? หากมีกรุณากรอกชื่อวัคซีน (ชื่อวัคซีน : )	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่
(สตรี) ปัจจุบันมีการตั้งครรภ์หรือ คาดว่าจะมีการตั้งครรภ์ใน เดือนถัดไปหรือไม่ ?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่

ข้าพเจ้า ยืนยันที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังจากได้รับการตรวจและฟังคำอธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติจากแพทย์แล้ว  
 เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ชื่อสกุล : (ลายเซ็นต์) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับวัคซีน :  
 \* กรณีที่ผู้รับวัคซีนเป็นเด็กทารกที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด กรุณากรอกหมายเลขประจำตัวประชาชนของตัวแทนตามกฎหมาย ( - )  
 ปี เดือน วัน

ผลการตรวจสอบของแพทย์ก่อนรับวัคซีน (บันทึกของแพทย์)	ยืนยัน <input checked="" type="checkbox"/>
--	--

อุณหภูมิร่างกาย : °C	ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีนแล้ว	<input type="checkbox"/>
----------------------	--	--------------------------

'ได้อธิบายเกี่ยวกับ การตรวจสอบอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีน ประมาณ 20~30 นาที ก่อนที่จะออกจากหน่วยงานที่ได้มีการรับวัคซีนแล้ว	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

ผลการตรวจ :

ผลจากการตรวจเช็คสภาพร่างกายแล้วสามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้ ชื่อแพทย์ : (ลายเซ็นต์)

# 자녀의 예방접종 기록을 확인하세요. ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรหลาน

## ■ หากประวัติการฉีดวัคซีนลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ มีประโยชน์อะไรบ้าง

- ประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรหลานจะตรวจสอบผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนได้ทันที
  - สมัครสมาชิกในเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนและลงทะเบียนบุตรหลาน
    - เข้าสู่ระบบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → [จัดการฉีดวัคซีน] → [จัดการฉีดวัคซีนของบุตรหลาน] → [ลงทะเบียนข้อมูลบุตรหลาน]
    - ตรวจสอบประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรหลานด้วยวิธีการดังต่อไปนี้
      - เว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → [จัดการฉีดวัคซีน] → [จัดการฉีดวัคซีนของบุตรหลาน] → [ประวัติการฉีดวัคซีนของเด็ก]
      - แอปพลิเคชันผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → [การฉีดวัคซีนของบุตรหลาน] → [สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก]
        - \* แอปพลิเคชันใช้ได้โดยสมัครสมาชิกและลงทะเบียนบุตรหลานในเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีนก่อน
    - ※ หากประวัติการฉีดวัคซีน ไม่ได้บันทึก ขอลงทะเบียนข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ให้สถานที่ที่ได้รับวัคซีน
    - ※ สมุดการฉีดวัคซีนที่เป็นสมุดที่ช่วยให้ผู้ปกครองจัดประวัติการฉีดวัคซีนของบุตรหลานอย่างดีเท่านั้น ซึ่งสมุดนี้ใช้แทนใบรับรองการฉีดวัคซีนไม่ได้
  - สามารถออกไปรับรองการฉีดวัคซีน(ภาษาเกาหลีหรือภาษาอังกฤษ)จากทางออนไลน์ได้
    - เข้าสู่ระบบเว็บไซต์ผู้ช่วยเหลือการฉีดวัคซีน → บริการทางอิเล็กทรอนิกส์ → ใบรับรองการฉีดวัคซีน
  - แจ้งวันการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปด้วยบริการส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือเพื่อให้ผู้ปกครองไม่ลืมวันฉีดวัคซีนของบุตรหลาน
    - หากบอกให้แพทย์ทราบเบอร์โทรศัพท์มือถือของพ่อแม่(ผู้ปกครอง)ที่รับผิดชอบได้ จะแจ้งวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไปด้วยบริการส่งข้อความทางโทรศัพท์มือถือ
    - หากหวังว่ารับข้อความเป็นภาษาต่างประเทศ ขอบอกชนิดภาษาต่างประเทศให้แพทย์ ท่านจะได้รับข้อความเป็นภาษาต่างประเทศและภาษาเกาหลี และสามารถเพิ่มเบอร์โทรศัพท์ของผู้ปกครองอื่นได้ ซึ่งเขาก็จะได้รับข้อความแนะนำวันฉีดวัคซีนครั้งต่อไป

## ■ ตอนกลับมาถึงเกาหลี ขอให้รับรองการฉีดวัคซีนของบุตรหลานที่ได้ฉีดวัคซีนจากต่างประเทศ

หลังจากอยู่ที่ต่างประเทศระยะเวลายาว โปรดขอใบรับรองการฉีดวัคซีนเป็นภาษาอังกฤษหรือเอกสารที่ได้ประทับตราหรือมีการลงมือชื่อทางการของสถานพยาบาลที่ฉีดวัคซีนและขอทะเบียนทางคอมพิวเตอร์ที่สถานอนามัยใกล้ขีด

ตอนเด็กเข้าโรงเรียนอนุบาล โรงเรียนประถมศึกษาและโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น สาธารณรัฐเกาหลีให้ผู้ปกครองยื่นใบรับรองการฉีดวัคซีนและตรวจสอบว่าได้รับวัคซีนหรือไม่เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและดูแลสุขภาพสำหรับเด็กและนักเรียน

กรณีประวัติการฉีดวัคซีนทะเบียนทางคอมพิวเตอร์แล้ว ไม่ต้องยื่นใบรับรองการฉีดวัคซีนให้โรงเรียนอนุบาลหรือโรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

\* ที่มา: มาตรา 31 「กฎหมายด้านป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ มาตรา 10 กฎหมายอนามัยในโรงเรียน มาตรา 31 วรรค 3 กฎหมายการเลี้ยงเด็ก

# โครงการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคแห่งชาติ

## 국가예방접종 지원사업

### » โครงการให้วัคซีนในเด็ก

สนับสนุนเงินช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่จำเป็น เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคติดเชื้อ

- เป้าหมาย: เด็กที่อายุน้อยกว่า 12 ปี

※ คนที่เป็นเป้าหมายโปรดติดต่อศูนย์สาธารณสุขที่ใกล้ที่สุดหรือสถาบันทางการแพทย์ที่กำหนด

- วัคซีนที่สนับสนุนให้: 17 อย่าง

วัณโรค (BCG, ฉีดในชั้นผิวหนัง), โรคไวรัสตับอักเสบบี (HepB), โรคคอตีบ/โรคบาดทะยัก/โรคไอกรน (DTaP), โรคบาดทะยัก/โรคคอตีบ (Td), โรคบาดทะยัก/โรคคอตีบ/โรคไอกรน (Tdap), โรคโปลิโอ (IPV), โรคคอตีบ/โรคบาดทะยัก/โรคไอกรน/โรคโปลิโอ (DTaP-IPV), โรคคอตีบ/โรคบาดทะยัก/โรคไอกรน/โรคโปลิโอ/ฮิบ (DTaP-IPV/Hib), ฮิบ (Hib), นิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต (PCV), โรคหัด/โรคคางทูม/เหือด (MMR), โรคอีสุกอีใส (VAR), วัคซีนชนิดเชื้อไม่มีชีวิตของโรคไข้สมองอักเสบเจอี (IJEV) วัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ของโรคไข้สมองอักเสบเจอี (LJEV), โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิด A (HepA), โรคเซฟวี (HPV), ไขหวัดใหญ่ (IIV),

※ บางวัคซีน เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิด A นิวโมคอคคัสชนิดคอนจูเกต จะจำกัดอายุที่รับการสนับสนุนได้

- สถาบันฉีดวัคซีน: สถาบันการแพทย์หรือศูนย์สาธารณสุขที่กำหนดใกล้บ้านที่สุด

※ การยืนยันสถานพยาบาลที่กำหนด: เว็บไซต์ผู้ช่วยฉีดวัคซีน (<https://nip.kdca.go.kr>) หรือแอปพลิเคชันมือถือผู้ช่วยฉีดวัคซีน

### » โครงการป้องกันติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระยะปริกำเนิด

สนับสนุนเงินช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้อิมมูโนโกลบูลิน การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี การทดสอบแอนติเจนและแอนติบอดีเมื่อเกิด เพื่อปกป้องทารกแรกเกิดที่เกิดจากหญิงที่เพิ่งคลอดที่ติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี จากการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี ในระยะปริกำเนิด

- เป้าหมาย

ผู้ที่ส่งผลการทดสอบก่อนคลอด\* และให้ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกและเด็กวัยหัดเดินที่เกิดจากหญิงที่เพิ่งคลอดที่พบ HBsAg หรือ HBeAg ของโรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นบวก

\* ผลบวกของแอนติเจน (HBsAg) หรือ แอนติเจน e (HBeAg) ของหญิงที่เพิ่งคลอดในระหว่างตั้งครรภ์หรือภายใน 7 วันหลังคลอด

- รายการ

สนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการให้อิมมูโนโกลบูลิน 1 ครั้ง (เมื่อเกิด) การฉีดวัคซีนแบบพื้นฐาน 3 ครั้ง (0 1 6 เดือน) การทดสอบแอนติเจนและแอนติบอดีหลังการฉีดวัคซีนแบบพื้นฐาน 1 ครั้ง

※ การสนับสนุนเพิ่มเติมสำหรับค่าใช้จ่ายการฉีดวัคซีนซ้ำ (สูงสุด 3 ครั้ง) และการทดสอบซ้ำ (สูงสุด 2 ครั้ง) ขึ้นอยู่กับผลการทดสอบแอนติเจน / แอนติบอดีเบื้องต้น

# โครงการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคแห่งชาติ

## 국가예방접종 지원사업

### » โครงการคลินิกเพื่อเยาวชนหญิง

สนับสนุนการให้คำปรึกษาและการตรวจร่างกายของแพทย์ การฉีดวัคซีนโรคเอชพีวี(HPV)

ให้แก่เยาวชนหญิงที่ประสบจุดเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและทางจิตใจ เพื่อช่วยให้เยาวชนหญิงจะเติบโตมีสุขภาพดี

- เป้าหมาย: เยาวชนที่อายุ 12 ปี

※ สำหรับรายละเอียด สอบถามที่สถานอนามัยใกล้ชิดหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนดไว้

- รายการ

การให้วัคซีนโรคเอชพีวี(HPV)และการให้คำปรึกษาทางสุขภาพสำหรับเยาวชนหญิง สนับสนุน 2 ครั้ง ห่างกัน 6 เดือนให้ฟรี

- วัคซีนที่สนับสนุนให้: กราดาซิล(HPV4) เซอวาริควซ์(HPV2)

### » โครงการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่แห่งชาติ

สนับสนุนเงินช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพื่อปกป้องผู้อาวุโส หญิงตั้งครรภ์

เด็กและเยาวชนที่อยู่กันเป็นกลุ่มจากไขหวัดใหญ่และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

- เป้าหมาย: เด็ก ผู้อาวุโสที่อายุมากกว่า 65 ปี หญิงตั้งครรภ์

※ สำหรับรายละเอียด สอบถามที่สถานอนามัยใกล้ชิดหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนดไว้

- รายการ: การให้วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ 1 ครั้ง

※ หากเด็กที่อายุน้อยกว่า 9 ปีรับวัคซีนเป็นครั้งแรก ต้องรับวัคซีน 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์

※ สำหรับรายละเอียด เช่น ช่วงการฉีดวัคซีนฟรี มาตรฐานการฉีดวัคซีน

สอบถามที่สถานอนามัยใกล้ชิดหรือสถาบันการแพทย์ที่กำหนดไว้



# โครงการยืนยันการรับวัคซีนของนักเรียนใหม่ชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

## 초 · 중학교 입학생 예방접종 확인사업

### » โครงการยืนยันการรับวัคซีนของนักเรียนใหม่ชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

เนื่องจากเด็กที่อยู่ในกลุ่มอ่อนแอต่อการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อ จึงยืนยันการได้รับวัคซีนหรือไม่  
 ความคุมเด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีนและช่วยเหลือทะเบียนประวัติการรับวัคซีนให้แก่นักเรียนใหม่ชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น  
 เพื่อให้ภูมิคุ้มกันหม่มากขึ้น

\* มาตรา 31 「กฎหมายด้านป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ」 มาตรา 10 「กฎหมายอนามัยในโรงเรียน」

- เป้าหมาย: เด็กทุกคนที่เข้าเรียนระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น

- เป้าหมาย

- นักเรียนใหม่ชั้นประถมศึกษา) อายุ 4~6 ปี วัคซีน 4 อย่าง

DTaP รอบที่ 5, IPV รอบที่ 4, MMR รอบที่ 2 วัคซีนเข็มสองอักษะเจอี(วัคซีนชนิดเชื้อไม่มีชีวิตของ รอบที่ 4 หรือวัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ รอบที่ 2)

- (นักเรียนใหม่ชั้นประถมศึกษา) อายุ 11~12 ปี วัคซีน 3 อย่าง

Tdap(หรือ Td) รอบที่ 6, วัคซีนเข็มสองอักษะเจอี(วัคซีนชนิดเชื้อไม่มีชีวิตของ รอบที่ 5 หรือวัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ รอบที่ 2) HPV รอบที่ 1 (สำหรับเด็กหญิง)

- วิธีการ

ประสานข้อมูลนักเรียนใหม่ชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นของกระทรวงศึกษาธิการกับข้อมูลการรับวัคซีนของศูนย์ควบคุม  
 และป้องกันโรคแล้ว ยืนยันการเสร็จสิ้นการรับวัคซีนหรือไม่ของเป้าหมายโครงการและช่วยเหลือเด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีนจะรับวัคซีน

※ ประวัติการฉีดวัคซีนตรวจสอบได้ผ่านเว็บไซต์หรือแอป และหากลงทะเบียนทางคอมพิวเตอร์แล้ว ไม่ต้องส่ง  
 <ใบรับรองการรับวัคซีน > ที่โรงเรียน

※ <ผู้ห้ามรับวัคซีน> ต้องขอสถาบันการแพทย์ที่ได้รับการตรวจสอบ(รับวัคซีน) ลงทะเบียน <เหตุผลที่ห้ามรับวัคซีน >  
 ทางคอมพิวเตอร์ แต่สถาบันการแพทย์ลงทะเบียน<เหตุผลที่ห้ามรับวัคซีน >ทางคอมพิวเตอร์ยากลำบาก ออกใบตรวจสอบสุขภาพที่  
 <เหตุผลที่ห้ามรับวัคซีน > ระบุไว้แล้ว ส่งไปที่โรงเรียน

#### ▶ ผู้ห้ามรับวัคซีน

- หากมีภูมิแพ้รุนแรง(แอนาฟิแล็กซิส) เกิดขึ้นเนื่องจากส่วนประกอบวัคซีนหรือหลังการรับวัคซีนครั้งก่อน
- หากโรคสมองที่ไม่รู้เหตุผลเกิดขึ้นภายใน 7 วันที่ได้รับวัคซีนโรคไอกรน
- คนที่ขาดภูมิคุ้มกันหรือบุคคลที่ใช้ยาที่มีผลกดภูมิคุ้มกัน
- ※ เหตุผลชั่วคราว เช่น มีไข้สูง ให้อิมมูโนโกลบูลิน หรือแพ้ไข่ โรคเฝื่อนภูมิแพ้ผิวหนังและอื่น ๆ ไม่ใช่เหตุที่ห้ามรับวัคซีน



# 어린이가 건강하고 행복한 나라 만들기 (EMK 01)

## สาธารณสุขเกาหลีที่มีเด็กที่มีสุขภาพแข็งแรง

## 표준예방접종일정표(2022) ตารางการให้วัคซีนสำหรับเด็ก(2022)

대상 감염병 โรคติดต่อ	백신 종류 및 방법 ชนิดวัคซีนและวิธีการ	ฉีด เข็ม	출생~1개월 이내 แรกเกิด~1อาทิตย์	1개월 1เดือน	2개월 2เดือน	4개월 4เดือน	6개월 6เดือน	12개월 12เดือน	15개월 15เดือน	18개월 18เดือน	19~23개월 19~23เดือน	24~35개월 24~35เดือน	만 4세 4ปี	만 6세 6ปี	만 11세 11ปี	만 12세 12ปี
결핵 วัณโรค	BCG วัคซีนบีซีจี	1	BCG 1회 ฉีดวัคซีน 1													
B형 간염 โรคไวรัสตับอักเสบบี	HepB	3	HepB 1회 ฉีดวัคซีน 1	HepB 2회 ฉีดวัคซีน 2				HepB 3회 ฉีดวัคซีน 3								
디프테리아 ไอศอดีบี	DTaP	5	DTaP 1회 ฉีดวัคซีน 1	DTaP 2회 ฉีดวัคซีน 2	DTaP 3회 ฉีดวัคซีน 3	DTaP 4회 ฉีดวัคซีน 4							DTaP 5회 ฉีดวัคซีน 5			
파스퇴르 โรคบาดทะยัก	Tdap/Td	1														Tdap/Td 6회 ฉีดวัคซีน 6
폴리오 โศโน้	IPV	4	IPV 1회 ฉีดวัคซีน 1	IPV 2회 ฉีดวัคซีน 2	IPV 3회 ฉีดวัคซีน 3	IPV 4회 ฉีดวัคซีน 4							PV 4회 ฉีดวัคซีน 4			
b형 헤โมฟิลุส อินฟลูเอนซา โรคไอศอดีบีชนิดคอมมอน	Hib	4	Hib 1회 ฉีดวัคซีน 1	Hib 2회 ฉีดวัคซีน 2	Hib 3회 ฉีดวัคซีน 3	Hib 4회 ฉีดวัคซีน 4										
페렴구균 โรคไอศอดีบีชนิดคอมมอน	PCV	4	PCV 1회 ฉีดวัคซีน 1	PCV 2회 ฉีดวัคซีน 2	PCV 3회 ฉีดวัคซีน 3	PCV 4회 ฉีดวัคซีน 4										
홍역 โรคหัด	MMR	2							MMR 1회 ฉีดวัคซีน 1					MMR 2회 ฉีดวัคซีน 2		
유행성이하선염 โรคหัดเยอรมัน	VAR	1							VAR 1회 ฉีดวัคซีน 1							
수두 โรคอีสุกอีใส	HepA	2								HepA 1~2회 ฉีดวัคซีน 1~2						
A형 간염 โรคไวรัสตับอักเสบบี	IJEV	5								IEV 1~2회 ฉีดวัคซีน 1~2	IEV 3회 ฉีดวัคซีน 3	IEV 4회 ฉีดวัคซีน 4	IEV 5회 ฉีดวัคซีน 5			
일본뇌염 โรคไข้สมองอักเสบ	LJEV	2								LJEV 1회 ฉีดวัคซีน 1	LJEV 2회 ฉีดวัคซีน 2					
사람유두종 바이러스 감염증 โรคเริม	HPV	2														HPV 1~2회 ฉีดวัคซีน 1~2
인플루엔자 ไข้หวัดใหญ่	IIV	-									IV 매년 ฉีดวัคซีน 1 ครั้ง					
로타 바이러스 감염증 โรคท้องร่วง	RV1	2			RV 1회 ฉีดวัคซีน 1	RV 2회 ฉีดวัคซีน 2										
	RV5	3			RV 1회 ฉีดวัคซีน 1	RV 2회 ฉีดวัคซีน 2	RV 3회 ฉีดวัคซีน 3									

● **국가 예방접종** : 국가에서 권장하는 필수 예방접종(무기는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」을 통해 예방접종 대상 감염병과 예방접종 실시기준 및 방법을 정하고, 이를 근거로 재원을 마련하여 지원하고 있음)을 포함하여 실시하는 예방접종. 1회 접종으로 충분한 효과를 나타내며, 1회 접종으로 충분한 효과를 나타내지 않는 예방접종도 포함될 수 있음.

● **기타 예방접종** : 예방접종 대상 감염병 및 지정 감염병 이외 감염병으로 민간 의료기관에서 접종 가능한 유료 예방접종. 1회 접종으로 충분한 효과를 나타내지 않는 예방접종도 포함될 수 있음.

● DTaP, IPV, Hib 백신은 예방접종일정에 따라 DTaP-IPV 또는 DTaP-IPV/Hib 혼합백신으로 접종 가능. 1회 접종으로 충분한 효과를 나타내지 않는 예방접종도 포함될 수 있음.