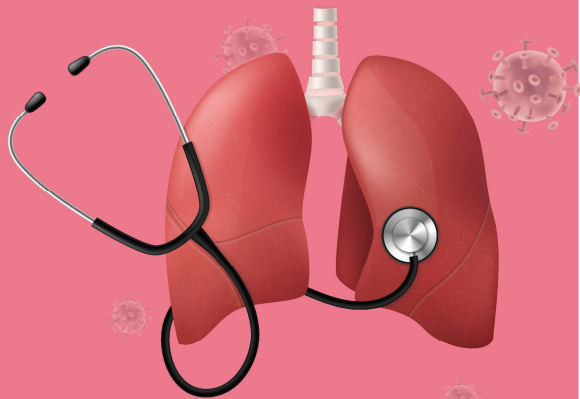


2024년

찾아가는 결핵검진사업 세부 안내





연락처

업 무	담당 분야	연락처	
결핵 정보 및 사업 관련	결핵 및 검진사업 전반적인 상담	질병관리청 콜센터 1339	
결핵 관련	결핵 분야 전문 상담	대한결핵협회 결핵상담실 1544-5035	
찾아가는 결핵검진사업	사업 총괄 문의	질병관리청 결핵정책과	043-719-7920 043-719-7344
	관할 지자체 사업 문의	시·도 및 시·군·구(보건소) 결핵담당자	

대한결핵협회 대표 연락처

협회 지부명	연락처	협회 지부명	연락처
대한결핵협회 본부	02-2085-0067	대전·세종·충남지부	042-252-9860
서울특별시지부	02-793-4895	전라북도지부	063-243-2724
부산광역시지부	051-611-3620	광주·전남지부	062-264-3103
인천광역시지부	032-868-8921	대구·경북지부	053-474-4713
경기도지부	031-245-8673	울산·경남지부	055-246-4223
강원특별자치도지부	033-254-2056	제주특별자치도지부	064-742-1368
충청북도지부	043-253-2266		





Contents

찾아가는 결핵검진사업

1. 사업 목적	3
2. 2023년 사업결과	3
3. 2024년 추진계획	5
4. 사업 수행 시 주의사항	8
5. 행정 사항	9
6. 참고 사항	10
7. 세부 추진내용	11
가. 노인 대상 결핵검진	11
나. 노숙인 등 대상 결핵검진	21

부 록

1. 공통 서식	41
2. 노인 대상 결핵검진 서식	67
3. 노숙인 등 결핵검진 서식	79





주요 개정사항

개정 전	개정 후	개정 사유																																																																														
※ 검진 수행기관, 추구 검사, 추구관리 대상자, 객담, 만 65세	※ 검진 수행기관, 추적 검사, 추적관리 대상자, 가래, 65세	<ul style="list-style-type: none"> • 용어 변경 • '만' 나이 개정에 따른 일괄 변경 																																																																														
㉔ '22년도 추진결과 □ 결핵검진 사업 실적 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>검진 기간</th> <th>목표 인원수 (명)</th> <th>검진자 수(명)</th> <th>검진율 (%)</th> <th>환자 수 (명)</th> <th>환자발견율 *인구(10만명 당)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>노인</td> <td>'22.1월~12월</td> <td>19만명</td> <td>18.8만명</td> <td>98.9</td> <td>133</td> <td>70.8</td> </tr> <tr> <td>노숙인 등</td> <td>'22.1월~12월</td> <td>2.6만명*</td> <td>2.5만명</td> <td>96.8</td> <td>39</td> <td>154.6</td> </tr> </tbody> </table>	구분	검진 기간	목표 인원수 (명)	검진자 수(명)	검진율 (%)	환자 수 (명)	환자발견율 *인구(10만명 당)	노인	'22.1월~12월	19만명	18.8만명	98.9	133	70.8	노숙인 등	'22.1월~12월	2.6만명*	2.5만명	96.8	39	154.6	㉔ '23년도 추진결과 □ 결핵검진 사업 실적 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>검진 기간</th> <th>목표인원 수(명)</th> <th>검진자 수(명)</th> <th>검진율 (%)</th> <th>환자 수 (명)</th> <th>환자발견율 *인구(10만명 당)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>노인</td> <td>'23.1~12월</td> <td>19만명</td> <td>201,051</td> <td>(105.8)</td> <td>136</td> <td>67.6</td> </tr> <tr> <td>노숙인 등</td> <td>'23.1~12월</td> <td>2.8만명</td> <td>23,604</td> <td>(82.8)</td> <td>30</td> <td>127.1</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 위 통계는 잠정통계이며('24년 3월 확정통계) 후 재산출 예정</p>	구분	검진 기간	목표인원 수(명)	검진자 수(명)	검진율 (%)	환자 수 (명)	환자발견율 *인구(10만명 당)	노인	'23.1~12월	19만명	201,051	(105.8)	136	67.6	노숙인 등	'23.1~12월	2.8만명	23,604	(82.8)	30	127.1	<ul style="list-style-type: none"> • '23년 검진사업 결과 반영 																																				
구분	검진 기간	목표 인원수 (명)	검진자 수(명)	검진율 (%)	환자 수 (명)	환자발견율 *인구(10만명 당)																																																																										
노인	'22.1월~12월	19만명	18.8만명	98.9	133	70.8																																																																										
노숙인 등	'22.1월~12월	2.6만명*	2.5만명	96.8	39	154.6																																																																										
구분	검진 기간	목표인원 수(명)	검진자 수(명)	검진율 (%)	환자 수 (명)	환자발견율 *인구(10만명 당)																																																																										
노인	'23.1~12월	19만명	201,051	(105.8)	136	67.6																																																																										
노숙인 등	'23.1~12월	2.8만명	23,604	(82.8)	30	127.1																																																																										
□ 주요 결과 <ul style="list-style-type: none"> ◦ '22년 전국 노인 결핵검진 사업 결과('22년 12월 말 기준) <ul style="list-style-type: none"> - 검진 대상 : 만 65세 의료급여 수급 및 재가외상 노인 등 - 검진 결과 : 187,960명 검진자 중 환자 137명 발견 (72.9명/10만 명), 일반인구(인구 10만 명당 35.7명, 2021년)에 비해 2.0배 높음 ◦ '22년 노숙인 등 결핵검진 사업 결과('22.12월 말 기준) <ul style="list-style-type: none"> - 검진 대상 : 거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방거주자, 무자격체류자 - 검진 결과 : 5,180명 검진자 중 환자 39명 발견(154.9명/인구 10만 명), 일반 인구(인구 10만 명당 35.7명, 2021년)에 비해 4.3배 높음 	□ 대상자별 검진 실적 <p>1) '23년 노인 결핵검진 결과('23.12.31 기준)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 검진 대상: 65세 이상 의료급여수급노인, 재가외상노인 등 ◦ 검진 결과: 201,051명 검진자 중 환자 136명 발견 (67.6명/10만 명) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">검진목표 (명)</th> <th colspan="2">검진현황</th> <th colspan="2">발견환자</th> </tr> <tr> <th>수 (명)</th> <th>율 (%)</th> <th>수 (명)</th> <th>율 (10만명당)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계</td> <td>190,000</td> <td>201,051</td> <td>(105.8)</td> <td>136</td> <td>67.6</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">최우선 순위 검진 대상자</td> <td>의료급여 수급 노인</td> <td>139,210</td> <td>21,212</td> <td>(15.2)</td> <td>15</td> <td>70.7</td> </tr> <tr> <td>재가외상노인 (3·4·5등급)</td> <td>50,791</td> <td>59,899</td> <td>(117.9)</td> <td>54</td> <td>90.2</td> </tr> <tr> <td rowspan="7">차순위 검진 대상자</td> <td>재가외상노인 (1·2등급)</td> <td>-</td> <td>1,568</td> <td>-</td> <td>3</td> <td>191.3</td> </tr> <tr> <td>시설외상노인</td> <td>-</td> <td>29,126</td> <td>-</td> <td>20</td> <td>68.7</td> </tr> <tr> <td>독거노인</td> <td>-</td> <td>27,154</td> <td>-</td> <td>13</td> <td>47.9</td> </tr> <tr> <td>차상위 계층</td> <td>-</td> <td>4,017</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>49.8</td> </tr> <tr> <td>허약노인</td> <td>-</td> <td>27,211</td> <td>-</td> <td>16</td> <td>58.8</td> </tr> <tr> <td>65세 미만 시설 입소자 및 종사자</td> <td>-</td> <td>16,194</td> <td>-</td> <td>3</td> <td>18.5</td> </tr> <tr> <td>거동불편 장애인</td> <td>-</td> <td>4,364</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>45.8</td> </tr> <tr> <td>기타</td> <td>-</td> <td>10,306</td> <td>-</td> <td>8</td> <td>77.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) '23년 노숙인 등 결핵검진 결과('23.12.31 기준)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 검진 대상: 거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방거주자, 무자격 체류자 ◦ 검진 결과: 23,604명 검진자 중 환자 30명 발견(127.1명/10만 명) 	구분	검진목표 (명)	검진현황		발견환자		수 (명)	율 (%)	수 (명)	율 (10만명당)	계	190,000	201,051	(105.8)	136	67.6	최우선 순위 검진 대상자	의료급여 수급 노인	139,210	21,212	(15.2)	15	70.7	재가외상노인 (3·4·5등급)	50,791	59,899	(117.9)	54	90.2	차순위 검진 대상자	재가외상노인 (1·2등급)	-	1,568	-	3	191.3	시설외상노인	-	29,126	-	20	68.7	독거노인	-	27,154	-	13	47.9	차상위 계층	-	4,017	-	2	49.8	허약노인	-	27,211	-	16	58.8	65세 미만 시설 입소자 및 종사자	-	16,194	-	3	18.5	거동불편 장애인	-	4,364	-	2	45.8	기타	-	10,306	-	8	77.9	<ul style="list-style-type: none"> • '23년 검진사업 결과 반영
구분	검진목표 (명)			검진현황		발견환자																																																																										
		수 (명)	율 (%)	수 (명)	율 (10만명당)																																																																											
계	190,000	201,051	(105.8)	136	67.6																																																																											
최우선 순위 검진 대상자	의료급여 수급 노인	139,210	21,212	(15.2)	15	70.7																																																																										
	재가외상노인 (3·4·5등급)	50,791	59,899	(117.9)	54	90.2																																																																										
차순위 검진 대상자	재가외상노인 (1·2등급)	-	1,568	-	3	191.3																																																																										
	시설외상노인	-	29,126	-	20	68.7																																																																										
	독거노인	-	27,154	-	13	47.9																																																																										
	차상위 계층	-	4,017	-	2	49.8																																																																										
	허약노인	-	27,211	-	16	58.8																																																																										
	65세 미만 시설 입소자 및 종사자	-	16,194	-	3	18.5																																																																										
	거동불편 장애인	-	4,364	-	2	45.8																																																																										
기타	-	10,306	-	8	77.9																																																																											

개정 전	개정 후	개정 사유																																																																																																							
<p>○'22년 결핵검진 치료 성공률('22.12월 말 기준) [단위 : 명, (%)]</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">발견 환자수</th> <th colspan="4">치료 현황</th> </tr> <tr> <th>완료·원치</th> <th>치료중</th> <th>사망</th> <th>실패·중단</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계</td> <td>176</td> <td>24(13.6)</td> <td>125(71.0)</td> <td>1(0.6)</td> <td>22(12.5)</td> <td>4(2.3)</td> </tr> <tr> <td>노인</td> <td>137</td> <td>23(16.8)</td> <td>91(66.4)</td> <td>1(0.7)</td> <td>21(15.3)</td> <td>1(0.7)</td> </tr> <tr> <td>노숙인 등</td> <td>39</td> <td>1(2.6)</td> <td>34(87.2)</td> <td>0(0.0)</td> <td>1(2.6)</td> <td>3(7.7)</td> </tr> </tbody> </table> <p>⑤ 행정사항 가. 노인·노숙인 등 결핵검진은 지자체로 배정하는 국가결핵예방 예산에서 집행 가능</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> <p>▶ 집행 가능 범위 ① 노인: 결핵검진비, 추적검진비 ② 노숙인 등: 결핵검진비, 추적검진비, 발견환자 대상 응급처방지원비, 주민등록복원비, 임시주거비, 원료복약성공 시 생필품 식료품 지원비, 원격복약 관련 인터넷 사용료 (* 단, 발견환자에 대한 지원사항은 노숙인 임시시설(자활·재활·요양)의 입소자는 제외함) ※ '24년 사업예산으로 추적검진비 집행 가능</p> </div> <p>⑥ 참고 사항 가. 찾아가는 결핵검진사업 수행 시 코로나19 전파 차단을 위해 코로나19 대응 관련 지침▶을 준수하여 안전한 검진 사업 실시</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> <p>▶ 내려받기 경로: 질병관리청 누리집 > 알람·자료 > 법령·지침·서식 > 코로나19 지침 > 검색 "코로나바이러스감염증-19 대응지침 지자체용(제 13-1판)" ▶ 상세사항: <붙임 1-13> 참조</p> </div> <p>나. 노인주거·의료복지시설 입소자 대상 결핵검진 의무화 안내 ○ 「노인복지법 시행규칙」 제17조제2항별표3과 제22조 제2항별표5에 따라 노인주거복지시설과 노인의료복지 시설의 입소자·종사자는 연 1회 이상 결핵검진을 실시해야 함</p>	구분	발견 환자수	치료 현황				완료·원치	치료중	사망	실패·중단	계	176	24(13.6)	125(71.0)	1(0.6)	22(12.5)	4(2.3)	노인	137	23(16.8)	91(66.4)	1(0.7)	21(15.3)	1(0.7)	노숙인 등	39	1(2.6)	34(87.2)	0(0.0)	1(2.6)	3(7.7)	<p>* 중복검진자 있음(노숙인·쪽방거주자의 경우 6개월마다 1회 이상 결핵검진 권고)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">검진목표 (명)</th> <th colspan="2">검진현황</th> <th colspan="2">발견환자</th> </tr> <tr> <th>수 (명)</th> <th>율 (수)</th> <th>수 (명)</th> <th>율 (10만명당)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계</td> <td>28,480</td> <td>23,604</td> <td>(82.9)</td> <td>30</td> <td>127.1</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">노숙인</td> <td>거리노숙인</td> <td>2,107</td> <td>4,266</td> <td>(202.5)</td> <td>7</td> <td>164.1</td> </tr> <tr> <td>시설노숙인 (종사자포함)</td> <td>13,533</td> <td>10,077</td> <td>(74.5)</td> <td>4</td> <td>39.7</td> </tr> <tr> <td>쪽방거주자</td> <td>8,840</td> <td>5,898</td> <td>(66.7)</td> <td>16</td> <td>271.3</td> </tr> <tr> <td>무자격체류자</td> <td>4,000</td> <td>3,363</td> <td>(84.1)</td> <td>3</td> <td>89.2</td> </tr> </tbody> </table> <p>○'23년 결핵검진 치료 성공률('23.12.31. 기준) [단위 : 명, (%)]</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th rowspan="2">발견 환자수</th> <th colspan="4">치료 현황</th> </tr> <tr> <th>완료·원치</th> <th>치료중</th> <th>사망</th> <th>실패·중단</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계</td> <td>166</td> <td>29(17.5)</td> <td>121(72.9)</td> <td>3(1.8)</td> <td>11(6.6)</td> <td>2(1.2)</td> </tr> <tr> <td>노인</td> <td>136</td> <td>25(18.5)</td> <td>97(72.1)</td> <td>3(2.2)</td> <td>10(7.4)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>노숙인 등</td> <td>30</td> <td>4(13.3)</td> <td>23(76.7)</td> <td>-</td> <td>1(3.3)</td> <td>2(6.7)</td> </tr> </tbody> </table> <p>⑤ 행정사항 가. 「찾아가는 결핵검진사업」은 지자체로 배정하는 국가결핵예방 예산에서 집행 가능</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> <p>▶ 집행 가능 범위 ① 노인: 결핵검진비, 추적검진비 ② 노숙인 등: 결핵검진비, 추적검진비, 발견환자 대상 응급처방지원비, 주민등록복원비, 임시주거비, 원료복약성공 시 생필품 식료품 지원비, 원격복약 관련 인터넷 사용료 (* 단, 발견환자에 대한 지원사항은 노숙인 임시시설(자활·재활·요양)의 입소자는 제외함) ※ '24년 사업예산으로 추적검진비 집행 가능</p> </div> <p>⑥ 참고 사항 ⑥ 참고 사항 <삭제></p> <p>가. 노인주거·의료복지시설 입소자 대상 결핵검진 의무화 안내 ○ 「노인복지법 시행규칙」 제17조제2항별표3과 제22조 제2항별표5에 따라 노인주거복지시설과 노인의료복지 시설의 입소자·종사자는 연 1회 이상 결핵검진을 포함한 건강진단을 실시해야함 ○ 「찾아가는 결핵검진사업」 대상자 선정 시 결핵검진 의무화 시설보다 검진 제도가 부재한 시설 우선 검진, 결핵검진 의무화 시설 검진 시 당해연도 건강진단(결핵검진 포함)을 실시한 입소자는 검진 참여 제외▶</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> <p>▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조</p> </div>	구분	검진목표 (명)	검진현황		발견환자		수 (명)	율 (수)	수 (명)	율 (10만명당)	계	28,480	23,604	(82.9)	30	127.1	노숙인	거리노숙인	2,107	4,266	(202.5)	7	164.1	시설노숙인 (종사자포함)	13,533	10,077	(74.5)	4	39.7	쪽방거주자	8,840	5,898	(66.7)	16	271.3	무자격체류자	4,000	3,363	(84.1)	3	89.2	구분	발견 환자수	치료 현황				완료·원치	치료중	사망	실패·중단	계	166	29(17.5)	121(72.9)	3(1.8)	11(6.6)	2(1.2)	노인	136	25(18.5)	97(72.1)	3(2.2)	10(7.4)	-	노숙인 등	30	4(13.3)	23(76.7)	-	1(3.3)	2(6.7)	<p>· '24년 검진사업 예산 중 추적검진비 신설</p> <p>· '24년 검진사업 추진 내용 현행화</p>
구분			발견 환자수	치료 현황																																																																																																					
	완료·원치	치료중		사망	실패·중단																																																																																																				
계	176	24(13.6)	125(71.0)	1(0.6)	22(12.5)	4(2.3)																																																																																																			
노인	137	23(16.8)	91(66.4)	1(0.7)	21(15.3)	1(0.7)																																																																																																			
노숙인 등	39	1(2.6)	34(87.2)	0(0.0)	1(2.6)	3(7.7)																																																																																																			
구분	검진목표 (명)	검진현황		발견환자																																																																																																					
		수 (명)	율 (수)	수 (명)	율 (10만명당)																																																																																																				
계	28,480	23,604	(82.9)	30	127.1																																																																																																				
노숙인	거리노숙인	2,107	4,266	(202.5)	7	164.1																																																																																																			
	시설노숙인 (종사자포함)	13,533	10,077	(74.5)	4	39.7																																																																																																			
쪽방거주자	8,840	5,898	(66.7)	16	271.3																																																																																																				
무자격체류자	4,000	3,363	(84.1)	3	89.2																																																																																																				
구분	발견 환자수	치료 현황																																																																																																							
		완료·원치	치료중	사망	실패·중단																																																																																																				
계	166	29(17.5)	121(72.9)	3(1.8)	11(6.6)	2(1.2)																																																																																																			
노인	136	25(18.5)	97(72.1)	3(2.2)	10(7.4)	-																																																																																																			
노숙인 등	30	4(13.3)	23(76.7)	-	1(3.3)	2(6.7)																																																																																																			



주요 개정사항

개정 전	개정 후	개정 사유								
<p>다. 「2022년도 노숙인 등의 복지사업 안내」▶ 내 결핵관련 안내 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">▶ 내려받기 경로: 보건복지부 누리집 > 정보 > 법령 > 훈령/예규/고시/지침 > 검색 "2022년 노숙인등의 복지사업 안내"</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 노숙인시설 입소자의 결핵검진은 6개월마다 1회 이상 주기로 실시 권고 ○ 노숙인시설 내 유소견자 및 결핵환자 발생 시 시설 조치사항에 따름 ○ 노숙인 등 결핵검진사업 및 노숙인시설 협조사항 안내 	<p><신설> 나. 「2023년 노인보건복지사업안내」▶ 결핵검진 관련 안내 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (요약) 노인 건강진단 시 「찾아가는 결핵검진사업」과 연계하여 결핵검진에 적극적으로 협조 등 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">▶ 내려받기 경로: 보건복지부 누리집 > 정보 > 연구/조사/발간자료 > 검색 "2023년 노인보건복지사업안내(1권)" ※ 2024년 안내서는 '24.3월 말 개정 예정(내려받기 경로 참고)</div> <p>다. 「2024년 노숙인 등의 복지사업 안내」▶ 결핵검진 관련 안내 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (요약) 노숙인시설 입소자 대상 1년에 1회 결핵검진 권고, 찾아가는 결핵검진사업 안내 등 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">▶ 내려받기 경로: 보건복지부 누리집 > 정보 > 법령 > 훈령/예규/고시/지침 > 검색 "2023년 노숙인 등의 복지사업 안내" ※ 2024년 안내서는 '24.3월 말 개정 예정(내려받기 경로 참고)</div>									
<p>7] 세부 추진내용 가. 노인 결핵검진 4) 사업 세부내용 가) [1단계] 계획 수립 및 예산 관리 [시·군·구(검진 관할 보건소)]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 세부 사업 계획▶ 수립 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">▶ 의료급여 수급 및 재가와상 노인이 이용하는 시설 또는 노인 돌봄 프로그램 중심으로 검진 사업 운영 ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 사업운영을 위한 예산 집행 ○ 검진 비용 지급 <p>① (선지급·후정산) 위탁사업비의 일부(30%)를 선지급·후정산 처리▶</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">▶ 관련 법령 「국고금 관리법」 제26조(선급과 개산급) 지출관은 운임, 용선료, 공사·제조·용역 계약의 대가, 그 밖에 대통령령으로 정하는 경비로서 그 성질상 미리 지급하지 아니하거나 개산하여 지급하지 아니하면 해당 사무나 사업에 지장을 가져올 우려가 있는 경비의 경우에는 이를 미리 지급하거나 개산하여 지급할 수 있다. 「국고금 관리법 시행령」 제40조(선급) ① 법 제26조에 따라 미리 지급할 수 있는 경비는 다음</div>	<p>7] 세부 추진내용 가. 노인 결핵검진 4) 사업 세부내용 가) [1단계] 계획 수립 및 예산 관리 [시·군·구(검진 관할 보건소)]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 세부 사업 계획▶ 수립 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">▶ 의료급여 수급 및 재가와상 노인이 이용하는 시설 또는 노인 돌봄 프로그램 중심으로 검진 사업 운영 ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조</div> <ul style="list-style-type: none"> ○ 사업운영을 위한 예산 집행 ○ 검진 비용 지급 <p>① (검진 비용 정산) 검진 관할 보건소에서 매월 검진 실적 검수(시스템에서 실적 확인) 후 검진수탁기관에 비용지급▶</p> <p style="text-align: center;"><검진비용 청구 및 정산 절차></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">검진수탁기관</td> <td style="width: 20%;">시·군·구(보건소)</td> <td style="width: 20%;">시·도</td> <td style="width: 20%;">질병관리청</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구</td> <td style="font-size: small;">→ 검진내역 검수 후 검진비 지급</td> <td style="font-size: small;">→ 시군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리</td> <td style="font-size: small;">→ 검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리</td> </tr> </table>	검진수탁기관	시·군·구(보건소)	시·도	질병관리청	검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	→ 검진내역 검수 후 검진비 지급	→ 시군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	→ 검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리	<ul style="list-style-type: none"> • '24년 검진사업 추진 내용 예산 집행 방식 변경
검진수탁기관	시·군·구(보건소)	시·도	질병관리청							
검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	→ 검진내역 검수 후 검진비 지급	→ 시군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	→ 검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리							

개정 전	개정 후	개정 사유																
<p>각 호와 같다. 10. 업무 등의 위탁(제9호의 경우를 포함한다)에 필요한 경비 ▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">선금의무지급률</th> <th style="background-color: #cccccc;">물품제조·용역</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: 2px solid black;">계약금액의 30%</td> <td style="border: 2px solid black;">10억원 이상</td> </tr> <tr> <td>계약금액의 40%</td> <td>10억원 미만 - 3억원 이상</td> </tr> <tr> <td>계약금액의 50%</td> <td>3억원 미만</td> </tr> </tbody> </table> <p>② (검진 비용 정산) 위탁사업비의 70%는 검진 관할 보건소가 매월 검진 실적 검수(시스템에서 실적 확인) 후 검진수행 기관에 비용지급▶</p> <p>▶ 관련 법령: 「정부 입찰·계약 집행 기준」 제37조 (선금의 정산) 선금은 기성분 또는 기납 부분의 대가 지급 시마다 다음 방식에 의하여 산출한 선금 정산액 이상을 정산하여야 한다. - 검진비용 정산 : 선금정산액 = 선금액 × [기성(기납) 부분의 대가상당액/계약금액] * 선금 정산은 지자체 자체 규정에 따라 처리 가능</p> <p style="text-align: center;"><검진비용 청구 및 정산 절차></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #cccccc;">검진수행기관</th> <th style="background-color: #cccccc;">시·군·구(보건소)</th> <th style="background-color: #cccccc;">시·도</th> <th style="background-color: #cccccc;">질병관리청</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구</td> <td>검진내역 검수 후 검진비 지급 * 선지급금 정산 후, 초과 실적에 대한 비용 지급</td> <td>사군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리</td> <td>검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리</td> </tr> </tbody> </table> <p>▶ 예산 집행: 보건소에서 직접 검진 수행시 검진비용은 지자체 예산 처리 규정에 따르며, 검진 예산 조기 소진 시, 지자체로 배정하는 국가결핵예방 예산에서 집행 가능함</p>	선금의무지급률	물품제조·용역	계약금액의 30%	10억원 이상	계약금액의 40%	10억원 미만 - 3억원 이상	계약금액의 50%	3억원 미만	검진수행기관	시·군·구(보건소)	시·도	질병관리청	검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	검진내역 검수 후 검진비 지급 * 선지급금 정산 후, 초과 실적에 대한 비용 지급	사군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리	<p><삭제></p> <p>▶ 예산 집행: 국가결핵예방사업비 중 보건소 결핵 관리사업(결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵 감염 관리) 내역사업에서 집행하며, 검진사업 종료 전에는 타사업으로 전용을 가급적 지양하기 바람 (참고로, 보건소에서 자체 검진 수행시 검진비용은 지자체 예산 처리 규정에 따름)</p>	<p>· '24년 검진사업의 원활한 추진을 위한 내용 수정</p>
선금의무지급률	물품제조·용역																	
계약금액의 30%	10억원 이상																	
계약금액의 40%	10억원 미만 - 3억원 이상																	
계약금액의 50%	3억원 미만																	
검진수행기관	시·군·구(보건소)	시·도	질병관리청															
검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	검진내역 검수 후 검진비 지급 * 선지급금 정산 후, 초과 실적에 대한 비용 지급	사군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리															
<p>나) [2단계] 사업 안내 및 수요조사 □ 시·도 ○ 노인 대상 결핵 예방 교육·홍보 등 ○ 검진수요조사▶ 취합 및 질병관리청으로 제출(별도 안내) ▶ 상세사항: <붙임 2-3> 참조 ○ 홍보 및 교육 실적 보고서▶ 취합 및 질병관리청으로 제출 ▶ 제출일: 매월 15일 ▶ 상세사항: <붙임 1-5> 참조 ○ 지역사회거주 노인 검진일정▶ 취합 및 질병관리청으로 제출</p>	<p>나) [2단계] 사업 안내 및 수요조사 □ 시·도 ○ 노인 대상 결핵 예방 교육·홍보 등 ○ 검진수요조사▶ 취합 및 질병관리청으로 제출(별도 안내) ▶ 상세사항: <붙임 2-3> 참조 ○ 홍보 및 교육 실적 보고서▶ 취합 및 질병관리청으로 제출 ▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료일의 익월 15일, 예를 들어 1분기 경우 4월 15일 제출) ▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조</p>																	



주요 개정사항

개정 전	개정 후	개정 사유															
<p>▶ 제출일: 매월 셋째 주 ▶ 상세사항: <붙임 1-6> 참조</p> <p>□ 시·군·구(검진 관할 보건소) ○ 검진사업 안내 및 참여 독려 ○ 검진 수요조사 ▶ 및 일정 수립 ▶, 검진 장소 협의 ▶ 상세사항: <붙임 2-3> 및 <붙임 1-6> 참조</p> <p>○ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 작성 및 시·도로 제출 ▶ 제출일: 매월 15일 ▶ 상세사항: <붙임 1-5> 참조 ▶ 홍보물 제작·배포: 노숙인 등 결핵검진으로 교부된 예산으로 홍보물 제작 불가하며, 결핵검진 홍보물(리플렛, 배너 등)은 질병관리청에서 제작·배포 예정</p> <p>○ 지역사회거주 노인 검진일정 ▶ 제출 ▶ 제출일: 매월 셋째 주 ▶ 상세사항: <붙임 1-6> 참조 ▶ 참고사항: 검진일정 변경 시 관련기관(건강보험공단 장기요양급여 운영센터, 지자체 의료급여사례 관리지원단 운영 부서 등)에 변경된 일정 안내</p>	<p>□ 시·군·구(검진 관할 보건소) ○ 검진사업 안내 및 참여 독려 ○ 검진 수요조사 ▶ 및 일정 수립 ▶, 검진 장소 협의(검진수탁 기관과 일정 조율 필요) ▶ 상세사항: <붙임 2-3> 참조</p> <p>○ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 작성 및 시·도로 제출 ▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료월의 익월 10일, 예를 들어 1분기 경우 4월 10일 제출) ▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조 <삭제></p> <p><삭제></p>																
<p>[검진수행기관] ※ 노인 결핵검진사업 우선순위 대상자 ▶ ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조 ▶ 참고사항 ① 지역사회 노인 발생률, 사회경제적 상황, 인적 특성, 의료자원, 보건 및 복지 지원체계 고려 ② '24년도 사업부터 검진 대상에서 시설 종사자 제외</p> <p>① 최우선순위: 만 65세 이상 의료급여 수급 및 재가와상 노인</p>	<p>[검진수행기관] ※ 노인 결핵검진사업 우선순위 대상자 ▶ ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조 ▶ 참고사항 ① 지역사회 노인 발생률, 사회경제적 상황, 인적 특성, 의료자원, 보건 및 복지 지원체계 고려 ② '24년도 사업부터 검진 대상에서 시설 종사자 제외</p> <p>① 최우선순위: 의료급여수급노인, 재가와상노인</p>	<p>• 최우선순위 대상자와 최우선순위 대상자 조정</p>															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>대상 기준</th> <th>자료원</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>만 65세 이상 의료급여 수급 노인</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 - 1종 수급권자: 국민기초생활보장수급권자(근로 무능력가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자, 행려환자, 타법 적용자(이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인) - 2종 수급권자: 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 </td> <td>2022년 의료급여 사업안내(보건복지부)</td> </tr> <tr> <td>만 65세 이상 재가와상 노인</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • 노인 장기요양급여 3·4·5등급 판정자 중 자택 거주자 - 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 </td> <td>2021년 노인 장기요양보협 통계</td> </tr> </tbody> </table>	구분	대상 기준	자료원	만 65세 이상 의료급여 수급 노인	<ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 - 1종 수급권자: 국민기초생활보장수급권자(근로 무능력가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자, 행려환자, 타법 적용자(이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인) - 2종 수급권자: 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 	2022년 의료급여 사업안내(보건복지부)	만 65세 이상 재가와상 노인	<ul style="list-style-type: none"> • 노인 장기요양급여 3·4·5등급 판정자 중 자택 거주자 - 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 	2021년 노인 장기요양보협 통계	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>대상 기준</th> <th>자료원</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>65세 이상 의료급여 수급노인</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 - 1종 수급권자 • 국민기초생활보장수급권자 : 근로 무능력 가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자 • 행려환자 • 타법 적용자 : 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인 - 2종 수급권자 • 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 • 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」 제3조 및 같은법 시행령 제3조 • 2023년 의료급여 사업안내(보건복지부) </td> </tr> </tbody> </table>	구분	대상 기준	자료원	65세 이상 의료급여 수급노인	<ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 - 1종 수급권자 • 국민기초생활보장수급권자 : 근로 무능력 가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자 • 행려환자 • 타법 적용자 : 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인 - 2종 수급권자 • 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 • 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원 	<ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」 제3조 및 같은법 시행령 제3조 • 2023년 의료급여 사업안내(보건복지부) 	
구분	대상 기준	자료원															
만 65세 이상 의료급여 수급 노인	<ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 - 1종 수급권자: 국민기초생활보장수급권자(근로 무능력가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자, 행려환자, 타법 적용자(이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인) - 2종 수급권자: 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 	2022년 의료급여 사업안내(보건복지부)															
만 65세 이상 재가와상 노인	<ul style="list-style-type: none"> • 노인 장기요양급여 3·4·5등급 판정자 중 자택 거주자 - 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 	2021년 노인 장기요양보협 통계															
구분	대상 기준	자료원															
65세 이상 의료급여 수급노인	<ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 - 1종 수급권자 • 국민기초생활보장수급권자 : 근로 무능력 가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자 • 행려환자 • 타법 적용자 : 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인 - 2종 수급권자 • 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 • 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원 	<ul style="list-style-type: none"> 「의료급여법」 제3조 및 같은법 시행령 제3조 • 2023년 의료급여 사업안내(보건복지부) 															

개정 전			개정 후			개정 사유
구분	대상 기준	자료원	구분	대상 기준	자료원	
	필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자 - 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자 - 장기요양 5등급: 치매(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조의 노인성 질병에 한정)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자 * 지자체 상황에 따라 장기요양급여 1·2등급 판정자 대상으로 검진 가능	연보 (국민건강보험공단)	65세 이상 재가와상 노인	• 노인 장기요양급여 3·4·5등급 판정자 중 자택 거주자 - 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자 - 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자 - 장기요양 5등급: 치매(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조의 노인성질병에 한정) 환자로써 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자	• 「노인장기요양보험법」 제15조 및 같은법 시행령 제7조 • 2022년 노인장기요양보험 통계연보 (국민건강보험공단)	
② 차순위: 지자체 상황에 따라 독거노인, 차상위계층노인, 하역노인, 건강취약계층, 건강검진 미수검자(거동불편자) 등 기타 결핵검진 사각지대 노인			② 차순위: 독거노인, 차상위계층노인, 그 외 노인 등			
구분	대상 기준	자료원	구분	대상 기준	자료원	
독거노인	• 만 65세 이상 홀로 사는 노인	-	65세 이상 독거노인	• 만 65세 이상 홀로 사는 노인	-	
차상위계층 노인	• 소득인정액이 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람	「국민기초생활보장법 시행령」 제3조	65세 이상 차상위계층 노인	• 「국민기초생활보장법」 제2조제 10호(차상위계층)에서 “소득인정액이 대통령령으로 정하는 기준 이하인 계층”이란 소득인정액이 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람	「국민기초생활보장법」 제2조 및 같은법 시행령 제3조	
하역노인	• 만 65세 이상 노인 중 하역노인 판정평가 결과, 총점이 4-12점으로 고위험 하역노인에 해당되는 사람		그 외	• 지자체 상황에 따라 결핵검진 기회가 부재한 사각지대라고 판단되는 65세 이상 노인 (예 장기요양급여 1·2등급 판정자, 최근 1년 이내 결핵검진 미수검자 등)	-	
건강취약 계층 (건강위험군, 질환군)	• 집중관리군: 건강위험 요인 및 건강문제가 있고 증상 조절이 안 되는 경우 • 정기관리군: 건강위험 요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절이 되는 경우 • 자기역량지원군: 건강위험 요인 및 건강문제가 있으나 증상이 없는 경우 * 지역보건의료정보시스템(PHIS) 군분류 조건 참조	2021년 지역사회 통합건강증진 사업 안내 (방문건강 관리) (보건복지부)	<삭제>			
건강취약 계층 (기타 검진 사각지대 노인)	• 건강관리 서비스 이용이 어려운 사회·문화·경제적 건강취약계층 - 경제적 기준: 기초생활보장 수급자, 차상위계층, 건강보험 하위 20% 등 - 사회적 기준: 북한 이탈주민 등 - 연령 기준: 만 65세 이상 독거노인, 75세 이상 노인부부가구 등 - 기타: 조손·장애인·암·정신질환자 가족 등					
검진대상기관 만 65세 이하 입소자 및 종사자	• 공동생활을 통한 교차감염 고려, 검진 대상 포함	-				
거동불편 장애인	• 신체적, 정신적 손상 등으로 인한 사회적 차별로 인해 일상 생활에 제약을 받는 자 - 신체적 장애: 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등 - 정신적 장애: 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애	「장애인복지법」 제2조				



주요 개정사항

개정 전	개정 후	개정 사유																
<p>나. 노숙인 등 결핵검진 6) 사업 세부내용 가) [1단계] 계획 수립 및 예산 관리 [시·군·구(검진 관할 보건소)] ◦ 세부 사업 계획▶ 수립</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>▶ 의료급여 수급 및 재가외상 노인이 이용하는 시설 또는 노인 돌봄 프로그램 중심으로 검진 사업 운영 ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조</p> </div> <p>◦ 사업운영을 위한 예산 집행 ◦ 검진 비용 지급 ① (선지급·후정산) 위탁사업비의 일부(30%)를 선지급·후정산 처리▶</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>▶ 관련 법령 「국고금 관리법」 제26조(선급금 및 개산금) 지출관은 운임, 용선료, 공사·제조·용역 계약의 대가, 그 밖에 대통령령으로 정하는 경비로서 그 성질상 미리 지급하지 아니하거나 개산하여 지급하지 아니하면 해당 사무나 사업에 지장을 가져올 우려가 있는 경비의 경우에는 이를 미리 지급하거나 개산하여 지급할 수 있다. 「국고금 관리법 시행령」 제40조(선급) ① 법 제26조에 따라 미리 지급할 수 있는 경비는 다음 각 호와 같다. 10. 업무 등의 위탁(제9호의 경우를 포함한다)에 필요한 경비 ▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>선금 의무지급률</th> <th>물품제조·용역</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>계약금액의 30%</td> <td>10억 원 이상</td> </tr> <tr> <td>계약금액의 40%</td> <td>10억 원 미만 - 3억 원 이상</td> </tr> <tr> <td>계약금액의 50%</td> <td>3억 원 미만</td> </tr> </tbody> </table> <p>② (검진 비용 정산) 위탁사업비의 70%는 검진 관할 보건소가 매월 검진 실적 검수(시스템에서 실적 확인) 후 검진수행기관에 비용지급▶</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>▶ 관련 법령: 「정부 입찰·계약 집행 기준」 제37조(선금의 정산) 선금은 기성분 또는 기납 부분의 대가 지급 시마다 다음 방식에 의하여 산출한 선금 정산액 이상을 정산하여야 한다. - 검진비용 정산 : 선금정산액 = 선금액×[기성(기납) 부분의 대가상당액/계약금액] * 선금 정산은 지자체 자체 규정에 따라 처리 가능</p> </div>	선금 의무지급률	물품제조·용역	계약금액의 30%	10억 원 이상	계약금액의 40%	10억 원 미만 - 3억 원 이상	계약금액의 50%	3억 원 미만	<p>나. 노숙인 등 결핵검진 6) 사업 세부내용 가) [1단계] 계획 수립 및 예산 관리 [시·군·구(검진 관할 보건소)] ◦ 세부 사업 계획▶ 수립</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>▶ 노숙인 인구 밀집 지역, 쪽방촌 등 우선으로 검진 지역을 선정하고, 검진을 향상을 위해 노숙인시설·쪽방촌 및 노숙인 대상 무료의료진료 사업 등 지자체 복지프로그램 등과 연계 시행 권고</p> </div> <p>◦ 사업운영을 위한 예산 집행 ◦ 검진 비용 지급 ① (검진 비용 정산) 검진 관할 보건소에서 매월 검진 실적 검수(시스템에서 실적 확인) 후 검진수탁기관에 비용지급▶</p> <p style="text-align: center;">< 검진비용 청구 및 정산 절차 ></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>검진수탁기관</th> <th>시·군·구(보건소)</th> <th>시·도</th> <th>질병관리청</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구</td> <td>→ 검진내역 검수 후 검진비 지급</td> <td>→ 시·군·구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리</td> <td>→ 검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리</td> </tr> </tbody> </table> <p><삭제></p>	검진수탁기관	시·군·구(보건소)	시·도	질병관리청	검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	→ 검진내역 검수 후 검진비 지급	→ 시·군·구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	→ 검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리	<p>· '24년 검진사업 추진 내용 예산 집행 방식 변경</p>
선금 의무지급률	물품제조·용역																	
계약금액의 30%	10억 원 이상																	
계약금액의 40%	10억 원 미만 - 3억 원 이상																	
계약금액의 50%	3억 원 미만																	
검진수탁기관	시·군·구(보건소)	시·도	질병관리청															
검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	→ 검진내역 검수 후 검진비 지급	→ 시·군·구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	→ 검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리															

개정 전	개정 후	개정 사유								
〈 검진비용 청구 및 정산 절차 〉										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">검진수행기관</th> <th style="width: 25%;">시·군·구 (보건소)</th> <th style="width: 25%;">시·도</th> <th style="width: 25%;">질병관리청</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구</td> <td style="text-align: center;">검진내역 검수 후 검진비 지급 → * 선지급금 정산 후, 초과 실 적에 대 한 비용 지급</td> <td style="text-align: center;">사군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리</td> <td style="text-align: center;">검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리</td> </tr> </tbody> </table>	검진수행기관	시·군·구 (보건소)	시·도	질병관리청	검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	검진내역 검수 후 검진비 지급 → * 선지급금 정산 후, 초과 실 적에 대 한 비용 지급	사군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리		
검진수행기관	시·군·구 (보건소)	시·도	질병관리청							
검진실적 보고 및 검진 비용 청구 * 매월 말일 기준 익월 10일 이내 청구	검진내역 검수 후 검진비 지급 → * 선지급금 정산 후, 초과 실 적에 대 한 비용 지급	사군구 검진실적 및 검진비 정산내역 관리	검진실적 및 검진비 정산내역 총괄 관리							
<p>▶ 예산 집행: 보건소에서 직접 검진 수행시 검진비용은 지자체 예산 처리 규정에 따르며, 검진 예산 조기 소진 시, 지자체로 배정하는 국가결핵예방 예산에서 집행 가능함</p> <p>나) [2단계] 사업 안내 및 수요조사</p> <p><input type="checkbox"/> 시·도</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 노숙인 대상 결핵 예방 교육·홍보 등 ○ 검진수요조사 ▶ 취합 및 질병관리청으로 제출(별도 안내) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 3-2> 참조</div> ○ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 취합 및 질병관리청으로 제출 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 제출일: 매월 15일</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 1-5> 참조</div> <p><input type="checkbox"/> 시·군·구(검진 관할 보건소)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 검진사업 안내 및 참여 독려 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 3-3> 및 <붙임 3-1> 참조</div> ○ 검진 수요조사 ▶ 및 일정 수립 ▶ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 수요조사 결과에 따라 검진대상자 및 기관 최종 선정 노숙인시설 및 검진수행기관과 협의하여 검진 일정 수립·안내 검진 일정에 따른 노숙인 시설 등 장소 협의</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 3-2> 및 <붙임 1-6> 참조</div> ○ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 작성 및 시·도로 제출 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 제출일: 매월 15일</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 1-5> 참조</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 홍보물 제작·배포: 노숙인 등 결핵검진으로 교부된 예산으로 홍보물 제작 불가하며, 결핵검진 홍보물(리플릿, 배너 등)은 질병관리청에서 제작·배포 예정</div> 	<p>▶ 예산 집행: 국가결핵예방사업비 중 보건소 결핵관리 사업(결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리) 내역사업에서 집행하며, 검진사업 종료 전에는 타사업으로 전용을 가급적 지양하기 바람 (참고로, 보건소에서 자체 검진 수행시 검진비용은 지자체 예산 처리 규정에 따름)</p> <p>나) [2단계] 사업 안내 및 수요조사</p> <p><input type="checkbox"/> 시·도</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 노인 대상 결핵 예방 교육·홍보 등 ○ 검진수요조사 ▶ 취합 및 질병관리청으로 제출(별도 안내) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 3-2> 참조</div> ○ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 취합 및 질병관리청으로 제출 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료일의 익월 10일, 예를 들어 1분기 경우 4월 10일 제출)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조</div> <p><input type="checkbox"/> 시·군·구(검진 관할 보건소)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 검진사업 안내 및 참여 독려 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 3-3> 및 <붙임 3-1> 참조</div> ○ 검진 수요조사 ▶ 및 일정 수립 ▶ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 수요조사 결과에 따라 검진대상자 및 기관 최종 선정 노숙인시설 및 검진수탁기관과 일정조율하여 검진 일정 수립·안내 검진 일정에 따른 노숙인시설 등 장소 협의</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 3-2></div> ○ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 작성 및 시·도로 제출 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료일의 익월 10일, 예를 들어 1분기 경우 4월 10일 제출)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조 (삭제)</div> <p><삭제></p>	<p>· '24년 검진사업의 원활한 추진을 위한 내용 수정</p>								



주요 개정사항

개정 전	개정 후	개정 사유
붙임 1-4. 결핵검진 선금신청서	〈삭제〉	• 예산 집행 방식 변경으로 인한 서식 삭제
붙임 1-6 결핵검진 일정 서식	〈삭제〉	• 원활한 사업수행 위한 서식 삭제
붙임 1-11 질병보건통합관리시스템 추적관리대상자 관리 사용자 이용·설명서	〈삭제〉	
붙임 1-13 「코로나-19, 감염 예방을 위한 결핵검진사업 실시 안내	〈삭제〉	
붙임 1-7. 결핵검진사업 예산 사용 내역서 서식	붙임 1-5. 결핵검진사업 예산 사용 내역서 서식	
붙임 1-8. 결핵검진 절차 안내	붙임 1-6. 결핵검진 절차 안내	
붙임 1-9. 결핵 치료 및 관리	붙임 1-7. 결핵 치료 및 관리	
붙임 1-10. 추적관리대상자 명단 안내 서식	붙임 1-8. 추적관리대상자 명단 안내 서식	
붙임 1-12. 검진수탁기관 개인정보처리 교육, 관리·감독 계획	붙임 1-9. 검진수탁기관 개인정보처리 교육, 관리·감독 계획	
붙임2-2. 노인 결핵검진 홍보물	〈삭제〉	• 공문배포
붙임2-8. 노인 결핵검진 실적보고 서식	붙임2-2. 노인 결핵검진 실적보고 서식	
붙임 3-9 결핵안심벨트 지원사업 안내(국립중앙의료원)	붙임 1-10. 결핵안심벨트 지원사업 안내(국립중앙의료원)	• 공통 서식으로 분류
〈신설〉	붙임 1-12. 시니어 결핵환자 복약지원 사업 안내(대한결핵협회)	• 현행화
〈신설〉	붙임 2-7. 결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(검진자용)	• 현행화
〈신설〉	붙임 2-8. 결핵검진(흉부X선 검사) 수검 통보서(시설용)	• 현행화
붙임3-1. 노숙인 등 결핵검진 홍보물	〈삭제〉 붙임3-1. 전국 노숙인 등 현황	• 공문배포
붙임 3-9. 결핵안심벨트 지원사업 안내(국립중앙의료원)	붙임 3-9. 거리노숙인 위기관리 사업 안내(보건복지부)	
붙임 3-10. 거리노숙인 위기관리 사업 안내(보건복지부)	붙임 3-10. 전국 노숙인 등 시설 주소 및 연락처	
붙임 3-11. 결핵환자쉼터 운영안내(대한결핵협회)	〈삭제〉	• 사업종료로 서식 삭제
붙임 3-14. 무자격체류자 검진 관련 서식 (검진동의서, 22개국 번역)	붙임 3-11. 무자격체류자 검진 관련 서식 (검진동의서, 22개국 번역)	
붙임 3-15. 무자격체류자 검진 관련 서식 (설문조사표 29개국 번역)	붙임 3-12. 무자격체류자 검진 관련 서식 (설문조사표 29개국 번역)	
붙임 3-16. 무자격체류자 검진 관련 서식 (결과통보서, 21개국 번역)	붙임 3-13. 무자격체류자 검진 관련 서식 (결과통보서, 21개국 번역)	

2024년 찾아가는
결핵검진사업
세부 안내

찾아가는 결핵검진사업

1. 사업 목적
2. 2023년 사업결과
3. 2024년 추진계획
4. 사업 수행 시 주의사항
5. 행정 사항
6. 참고 사항
7. 세부 추진내용



KOREA DISEASE CONTROL AND
PREVENTION AGENCY

1 사업 목적

노인, 노숙인 등 결핵발병 고위험군 대상으로 찾아가는 결핵검진을 지속 추진('20년)하여 결핵 발병 예방과 조기 차단을 통한 국민건강 증진 도모

2 2023년 사업결과

가. 총괄 검진 실적

구분	검진기간	목표인원 수(명)	검진자 수(명)	검진율(%)	환자 수 (명)	환자발견율 (명/10만명)
노인	'23.1~12월	19만명	201,051	(105.8)	136	67.6
노숙인 등	'23.1~12월	2.8만명	23,604	(82.8)	30	127.1

* 위 통계는 잠정통계이며('24년 3월 확정통계) 후 재산출 예정

나. 대상자별 검진 실적

1) '23년 노인 결핵검진 결과('23.12.31 기준)

- ✔ 검진 대상: 65세 이상 의료급여수급노인, 재가와상노인 등
- ✔ 검진 결과: 201,051명 검진자 중 환자 136명 발견(67.6명/10만 명)

구분	검진목표 (명)	검진현황		발견환자		
		수 (명)	율 (%)	수 (명)	율 (10만명당)	
계	190,000	201,051	(105.8)	136	67.6	
최우선순위 검진대상자	의료급여수급 노인	139,210	21,212	(15.2)	15	70.7
	재가와상노인(3·4·5등급)	50,791	59,899	(117.9)	54	90.2
차순위 검진대상자	재가와상노인(1·2등급)	-	1,568	-	3	191.3
	시설와상노인	-	29,126	-	20	68.7
	독거노인	-	27,154	-	13	47.9
	차상위 계층	-	4,017	-	2	49.8
	허약노인	-	27,211	-	16	58.8
	만65세 미만 시설 입소자 및 종사자	-	16,194	-	3	18.5
	거동불편 장애인	-	4,364	-	2	45.8
	기타	-	10,306	-	8	77.9

2) '23년 노숙인 등 결핵검진 결과('23.12.31 기준)

- ✔ 검진 대상: 거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방거주자, 무자격체류자
 - ✔ 검진 결과: 23,604명* 검진자 중 환자 30명 발견(127.1명/10만 명)
- * 중복검진자 있음(노숙인·쪽방거주자의 경우 6개월마다 1회 이상 결핵검진 권고)

구분	검진목표 (명)	검진현황		발견환자		
		수 (명)	율 (%)	수 (명)	율 (10만명당)	
계	28,480	23,604	(82.9)	30	127.1	
노숙인	거리노숙인	2,107	4,266	(202.5)	7	164.1
	시설노숙인 (종사자포함)	13,533	10,077	(74.5)	4	39.7
쪽방거주자	8,840	5,898	(66.7)	16	271.3	
무자격체류자	4,000	3,363	(84.1)	3	89.2	

3) '23년 발견환자 치료 현황

단위: 명, (%)

구분	발견 환자수	치료 현황				
		완료·완치	치료중	사망		실패·중단
				결핵사망	결핵이외사망	
계	166	29(17.5)	121(72.9)	3(1.8)	11(6.6)	2(1.2)
노인	136	25(18.5)	97(72.1)	3(2.2)	10(7.4)	-
노숙인 등	30	4(13.3)	23(76.7)	-	1(3.3)	2(6.7)

* 자료원: 질병보건통합관리시스템)결핵환자등 신고·보고서('23.12.31.기준 잠정통계)

3 2024년 추진계획

가. 개요

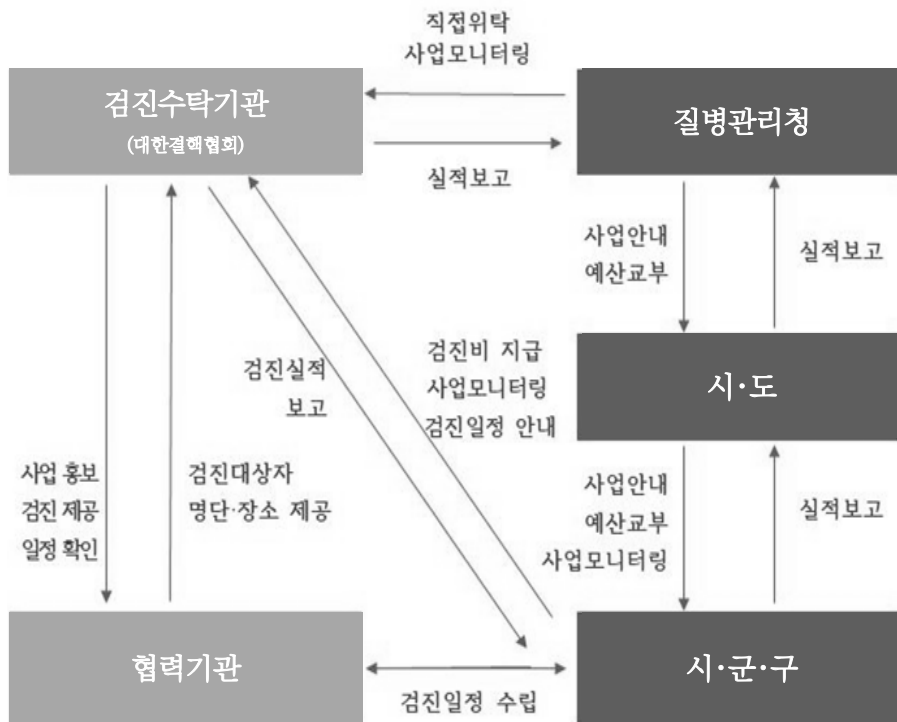
구분	노인 결핵검진	노숙인 등 결핵검진
검진대상	65세 이상 의료급여수급노인, 재가와상노인 등	거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방거주자, 무자격체류자
검진목표	161,000건	13,000건
검진지역	17개 시·도(전국)	
검진시기	2024년 1~12월	
검진예산	5,048백만원 (지자체경상보조, 국비50%+지방비50%)	472백만원 (지자체경상보조, 국비50%+지방비50%)
사업주관기관	시·군·구(보건소)	
검진수탁기관	대한결핵협회	
검진방법	설문조사 → 흉부X선 검사 ^① → 당일 가래 채취 ^② 및 가래검사(결핵균 검사) ^① 이동검진차량 또는 휴대용X선 장비 이용(실시간 원격 판독) ^② 결핵 유증상자(2주 이상 기침) 및 유소견자(결핵의심 또는 비활동성 결핵) 대상 가래 채취	

나. 추진방법

검진수탁기관(대한결핵협회)에 직접 위탁(국비 50%, 지방비 50%)하여 사업 추진*

▶ 검진수탁기관은 「결핵예방법」 제3조 및 제30조, 같은 법 시행령 제13조에 따라 선정

다. 검진사업 수행 체계도



* 협력기관(노인 검진): 노인시설, 국민건강보험공단, 한국노인인력개발원, 한국실명예방재단 등

* 협력기관(노숙인 등 검진): 노숙인시설, 쪽방상담소, 무자격체류자 커뮤니티센터 등

라. 기관별 역할

기 관	세부내용
질병관리청	<ul style="list-style-type: none"> • 사업계획 수립 및 총괄 관리 • 사업지침 개발 및 안내 • 지자체(시·도) 사업 안내 및 교육 • 검진수탁기관(본부) 계약 체결 • 검진수탁기관(본부) 개인정보 처리 교육 및 관리·감독 • 사업 평가 및 점검
시·도	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체(시·군·구) 사업 관리 및 평가 • 지자체(시·군·구) 예산 교부 및 관리 • 검진수탁기관(지부) 계약 체결 • 검진수탁기관(지부) 개인정보 처리 교육 및 관리 감독 • 지자체(시·군·구) 사업 현황 및 결과 보고 • 지자체(시·군·구) 추적관리대상자 및 환자관리 현황 모니터링
시·군·구 (검진 관할 보건소)	<ul style="list-style-type: none"> • 세부 사업계획 수립 및 사업 운영 • 검진사업 안내(홍보·교육) • 검진 수요조사 및 검진 일정 수립 • 청구 비용 검수 및 비용 (선)지급 • 결핵환자(결핵의사환자 포함) 신고·관리 및 추적관리대상자 관리
검진수탁기관 (대한결핵협회)	<ul style="list-style-type: none"> • 보건소에서 수립한 검진 일정 조율 및 장소 확인 • 검진 대상자 교육 실시(결핵 및 검진 방법 등) • 검진대상 설문조사 및 개인정보 수집·이용 동의서 구득 및 취합 • 검진 실시 및 결과 통보(검진자, 시·군·구, 시·도, 질병청) • 검진 실적 보고 • 검진 사업 결과 분석

마. 추진일정

- '23.12월: 사업계획 수립 및 안내
- '24.1~12월: 2024년 「찾아가는 결핵검진사업」 시행
- '24.1~12월: 검진사업 모니터링 및 환류▶

▶ 주간 검진실적, 결핵관리소식지를 통해 관련 지표(검진율, 추적관리대상자 검진율, 치료실시율, 결핵신환자 치료성공률) 산출

☑ 24.5/9월: 사업 현장점검▶(상·하반기)

▶ 검진 현장 및 사업수탁기관 점검(개인정보처리 관리·감독 등)

내 용	월	'24년												
	'23년	12월	1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
사업계획 수립 및 안내														
사업 시행														
사업 모니터링 및 환류(주간 검진실적, 관련 지표 산출 등)														
사업 현장점검 (상·하반기)														
사업 종료														

* 추진일정은 상황에 따라 변동될 수 있음

4 사업 수행 시 주의사항

- ☑ 결핵검진에 대한 충분한 사전설명과 자발적 동의에 의한 검진 실시
- ☑ 설문조사, 개인정보 수집·이용 동의서, 검진결과 등은 검진자의 동의없이 제3자에게 제공 불가▶하며, 검진자의 개인정보가 철저히 보호될 수 있도록 조치할 것

▶ 관련 법령: 「결핵예방법」 제29조(비밀누설 금지)에 따라 결핵관리업무에 종사하는 자 또는 종사 하였던 자는 업무상 알게 된 환자의 비밀을 정당한 사유 없이 누설하여서는 아니 됨

- ☑ 비전염성 결핵진단으로 인한 차별 및 불이익 금지▶

▶ 관련 법령: 「결핵예방법」 제13조(업무종사의 일시 제한)에 근거하여 사업주 또는 고용주는 비전염성 결핵환자에 대하여 결핵환자라는 이유만으로 취업을 거부할 수 없음

5 행정 사항

가. 「찾아가는 결핵검진사업」은 지자체로 배정하는 국가결핵예방 예산에서 집행 가능

▶ 집행 가능 범위

- ① 노인: 결핵검진비, 추적검진비
- ② 노숙인 등: 결핵검진비, 추적검진비, 발견환자 대상 응급차량지원비, 주민등록복원비, 임시주거비, 원격복약성공 시 생필품·식료품 지원비, 원격복약 관련 인터넷 사용료(※ 단, 발견환자에 대한 지원사항은 노숙인 입소시설(자활·재활·요양)의 입소자는 제외함)
- ※ '24년 사업예산으로 추적검진비 집행 가능

나. 사업 관련 평가 지표 안내

구분	검진기간
결핵검진 수검률	결핵검진사업 목표 인원 중 결핵검진 실시자의 비율 ※ 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 에서 확인 가능
추적관리대상자 수검률	결핵검진사업을 통해 확인된 추적관리대상자 중 검진일로부터 6개월 이내 추적검진(흉부X선 검사) 실시자의 비율 ※ 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 에서 확인 가능
결핵환자 치료실시율	결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자 중 치료 실시자의 비율
결핵환자 치료성공률	결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자 중 전년도 결핵환자의 치료성공(완치+완료) 비율(다제내성결핵 치료성공률은 전전년도 실적으로 산출)
대상별, 연령별 검진 참여율	결핵검진사업의 결핵검진 실시자 중 대상별,연령별 검진 참여자의 비율
결핵검진 유소견자, 유증상자 발견률	결핵검진사업의 결핵검진 실시자 중 결핵 유소견,유증상의 발견 비율
결핵검진 유소견자, 유증상자 객담 실시률	결핵검진사업의 유소견자, 유증상자 중 객담을 실시한 비율
지역사회 결핵사업 협의체 개최율	지역사회 결핵사업 협의체 운영 및 개최한 비율
결핵환자 복약관리지원사업 연계율	결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자 중 시니어결핵환자 복약관리사업을 연계한 비율

6 참고 사항

가. 노인주거·의료복지시설 입소자 대상 결핵검진 의무화 안내

- ④ 「노인복지법 시행규칙」 제17조제2항별표3과 제22조제2항별표5에 따라 노인주거 복지시설과 노인의료복지시설의 입소자·종사자는 연 1회 이상 결핵검진을 포함한 건강진단을 실시해야 함
- ④ 「찾아가는 결핵검진사업」 대상자 선정 시 결핵검진 의무화 시설보다 검진 제도가 부재한 시설 우선 검진, 결핵검진 의무화 시설 검진 시 당해연도 건강진단(결핵검진 포함)을 실시한 입소자는 검진 참여 제외▶

▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조

나. 「2023년 노인보건복지사업안내」▶ 결핵검진 관련 안내 사항

- ④ (요약) 노인 건강진단 시 「찾아가는 결핵검진사업」과 연계하여 결핵검진에 적극적으로 협조 등

▶ 내려받기 경로: 보건복지부 누리집 > 정보 > 연구/조사/발간자료 > 검색 “2023년 노인보건복지 사업안내(1권)”
※ 2024년 안내서는 '24.3월 말 개정 예정(내려받기 경로 참고)

다. 「2024년 노숙인 등의 복지사업 안내」▶ 결핵검진 관련 안내 사항

- ④ (요약) 노숙인시설 입소자 대상 1년에 1회 결핵검진 권고, 찾아가는 결핵검진사업 안내 등

▶ 내려받기 경로: 보건복지부 누리집 > 정보 > 법령 > 훈령/예규/고시/지침 > 검색 “2024년 노숙인 등의 복지사업 안내”
※ 2024년 안내서는 '24.3월 말 개정 예정(내려받기 경로 참고)

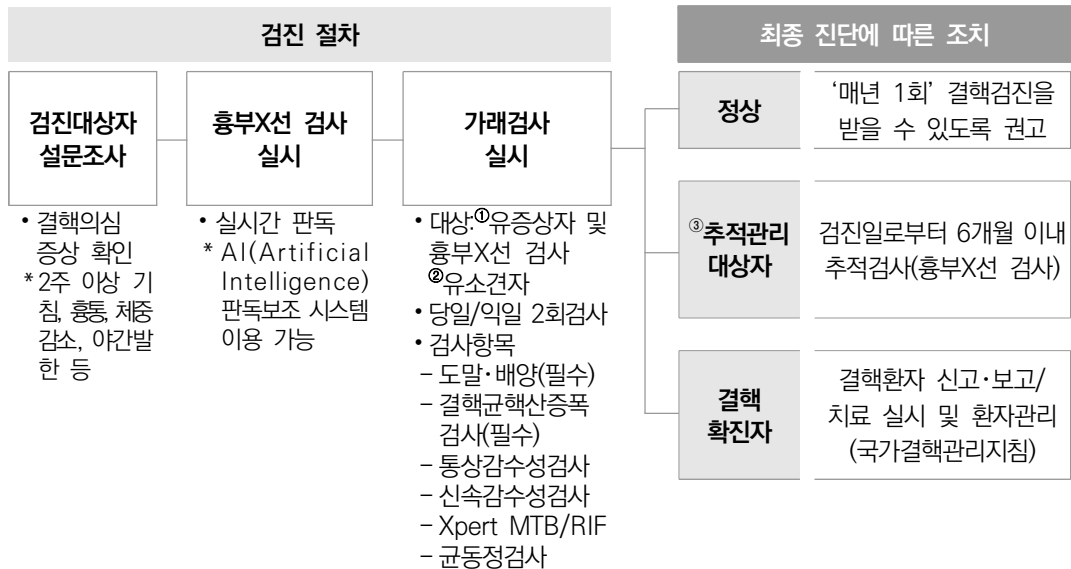
7 세부 추진내용

가. 노인 대상 결핵검진

사업개요

- 대상: 65세 이상 의료급여수급노인, 재가와상노인 등
- 검진목표: 161,000건
- 검진지역: 17개 시·도(전국)
- 내용: 결핵검진 실시, 결핵 확진자 치료 및 추적관리대상자 관리
- 시기: 2024년 1~12월
- 예산: 5,048백만원(국비 50%+지방비 50%)
 - 내역사업명: 보건소 결핵관리사업(결핵 고위험군 등 취약계층 및 중복결핵감염 관리)
- 검진수탁기관: 대한결핵협회
- 추진방법: 지역사회 기반 찾아가는 결핵검진 서비스 수행
 - 검진: 설문조사 및 흉부X선 검사(실시간 원격판독) → 결핵 유소견자·유증상자 당일 가래 검사 실시
 - 치료: 발현환자 대상 균음전 치료(지역병원)·퇴원 후 복약관리 등

1) 검진 절차 및 조치



- ① 유증상자: 뚜렷한 원인 없는 2주 이상 기침 증상이 설문을 통해 확인된 경우
 ② 유소견자: 흉부X선 검사 판독 결과 결핵 의심 소견 또는 비활동성 결핵인 경우
 ③ 추적관리대상자: 유증상자 또는 흉부X선 검사 결과 유소견자가 가래검사(도말·배양·PCR) 결과 모두 음성으로 판정되었으나, 결핵 발병 가능성이 있어 주기적인 검진이 필요한 자

▶ 상세사항: <붙임 1-6> 및 <붙임 1-7> 참조

2) 검진 방법

구분	검진 방법
상시 검진	<ul style="list-style-type: none"> • 검진기관(대한결핵협회 지부, 복십자의원)▶에 검진자가 직접 방문하여 검진 실시 • 실시간 원격 판독 • 결핵 유소견자 및 유증상자 대상으로 가래 채담 및 수거
거점 검진	<ul style="list-style-type: none"> • 이동검진차량(휴대용X선 장비) 활용 • 검진대상자가 모이는 공간 타케팅 필요(주야간보호센터, 경로당, 무더위 쉼터 등) • 실시간 원격 판독 • 결핵 유소견자 및 유증상자 대상으로 가래 채담 및 수거
방문 검진	<ul style="list-style-type: none"> • 세대별 직접 방문(휴대용X선 장비)하여 검진 실시 • 실시간 원격 판독 • 결핵 유소견자 및 유증상자 대상으로 가래 채담 및 수거

▶ 상세사항: <붙임 1-1> 참조

3) 기관별 역할

구분	시·도	시·군·구 (검진 관할 보건소)	검진수탁기관 (대한결핵협회)	관련 기관
결핵 검진	<ul style="list-style-type: none"> • 검진 실적 모니터링 • 노숙인 대상 결핵 검진 및 결핵 예방 홍보 • 홍보 실적 보고서 취합 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 검진사업 안내 및 참여 독려 • 노인시설 등 대상 검진 수요조사 실시 및 취합 • 노인시설 및 검진수탁 기관과 협의하여 검진 일정 수립 • 검진일정에 따른 노인 시설 등 장소 협의 • 결핵검진사업 홍보 및 실적 보고서 제출 • 검진 결과 관리 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 검진사업 안내 및 참여 독려 • 검진 일정 수립 및 장소 협의 • 검진대상 설문조사 및 개인정보 수집등 동의서 작성 및 취합 • 검진 실시 및 결과 통보·보고 • 검진 실적 보고 및 검진 사업 결과 분석 등 	<p>[노인 시설 등]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 검진대상 파악을 위한 노인 현황 공유 및 사업 안내 • 검진 일정 수립 협조 • 검진당일 결핵검진 이동차량 주차 장소 제공 및 검진 진행을 위한 협조 등
추적 관리 대상자 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 추적관리대상자 관리 모니터링 	<ul style="list-style-type: none"> • 추적관리대상자 검사 안내 및 실시 • 추적관리대상자 결핵 예방교육 실시 • 추적검사 결과 관리 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 결핵검진 결과서 발급 시 추적관리대상자에게 조치사항 안내 • 추적관리대상자 발견 시 보건소 통보 등 	-
환자 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 전염성 결핵환자 대상 의료기관 연계 체계 마련 • 환자 관리 모니터링 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 응급차량을 이용한 전염성 결핵환자 이송 및 PPM의료기관 등 연계 • 환자 신고·보고 • 환자 복약 및 치료 관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 전염성 결핵환자 발생 시 보건소·노숙인시설에 통보 	<p>[PPM 의료기관, 국립결핵 병원, 결핵안심벨트 지원 사업 참여 의료기관 등]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 환자 신고 보고 • 환자 입원 및 치료 등

4) 사업 세부내용

1단계 ▶ 계획 수립 및 예산 관리

가) 질병관리청

- ✔ 검진사업 계획 수립 및 안내
- ✔ 검진사업 운영을 위한 시스템 관리
- ✔ 검진사업운영에 관한 감독 및 관리
- ✔ 검진수탁기관(본부) 계약 체결▶

- ▶ 계약체결 절차: 위탁업무(검진비용) 계약 체결 > 전자관보 등(“대한민국 전자관보” 및 지자체 홈페이지 “고시·공고”란)에 검진사업 공고
- ▶ 상세사항: <붙임 1-2> 및 <붙임 1-3> 참조

- ✔ 지자체 및 관련 부처·단체▶ 협조 요청 등

- ▶ 보건복지부, 농촌진흥청, 국민건강보험공단, 한국노인인력개발원, 한국실명예방재단 등

나) 시·도

- ✔ 노인 결핵검진사업 세부 사업 계획 수립
- ✔ 검진수탁기관(지부) 계약 체결▶

- ▶ 계약체결 절차: 위탁업무(검진비용) 계약 체결 > 전자관보 등(“대한민국 전자관보” 및 지자체 홈페이지 “고시·공고”란)에 검진사업 공고
- ▶ 상세사항: <붙임 1-2> 및 <붙임 1-3> 참조

- ✔ “지역사회 결핵사업 협의체”▶를 통한 검진사업 활성화

- ▶ 근거: 「2024 국가결핵관리지침
- ▶ 구성원: △시·도, △보건소장, △보건소 결핵관리담당자, △민간공공협력 결핵관리사업 참여 의사, △결핵관리전담간호사, △감염병관리지원단, △대한결핵협회, △결핵연구원, △보건환경연구원, △국립결핵병원, △결핵안심벨트 지원사업 참여 의료기관, △관련 민간단체

- ✔ 검진대상자 선정 및 홍보를 위한 지자체 내 관련 부서▶ 협조요청

- ▶ 사회복지, 방문건강관리, 방문간호, 의료급여사례관리, 노인일자리 등 담당 부서

- ✔ 사업운영을 위한 예산 교부(시·군·구 예산교부 등)

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

☑ 세부 사업 계획 ▶ 수립

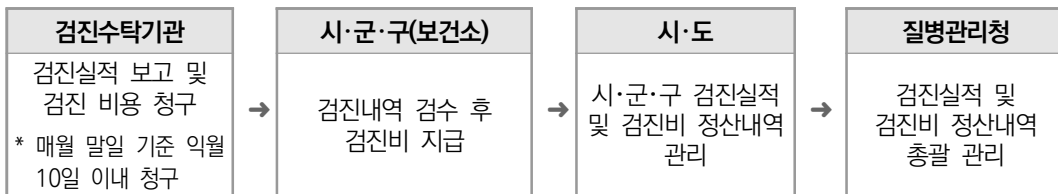
- ▶ 의료급여 수급 및 재가와상 노인이 이용하는 시설 또는 노인 돌봄 프로그램 중심으로 검진 사업 운영
- ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조

☑ 사업운영을 위한 예산 집행

☑ 검진 비용 지급

- ① (검진 비용 정산) 검진 관할 보건소에서 매월 검진 실적 검수(시스템에서 실적 확인) 후 검진수탁기관에 비용지급▶

| 검진비용 청구 및 정산 절차 |



- ▶ 예산 집행: 국가결핵예방사업비 중 보건소 결핵관리사업(결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리) 내역사업에서 집행하며, 검진사업 종료 전에는 타사업으로 전용을 가급적 지양하기 바람 (참고로, 보건소에서 자체 검진 수행시 검진비용은 지자체 예산 처리 규정에 따름)

2단계 ▶ 사업 안내 및 수요조사

가) 질병관리청

☑ 노인 대상 결핵검진 및 결핵 예방 홍보물 ▶ 제작·배포

- ▶ 내려받기 경로 : 결핵제로 누리집 > 교육/홍보 > 자료 > 홍보자료

☑ 홍보 및 교육 실적 모니터링

나) 시·도

☑ 노인 대상 결핵 예방 교육·홍보 등

☑ 검진수요조사 ▶ 취합 및 질병관리청으로 제출(별도 안내)

- ▶ 상세사항: <붙임 2-3> 참조

✔ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 취합 및 질병관리청으로 제출

- ▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료월의 익월 15일, 예를 들어 1분기 경우 4월 15일 제출)
- ▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 검진사업 안내 및 참여 독려
- ✔ 검진 수요조사 ▶ 및 일정 수립 ▶, 검진 장소 협의(검진수탁기관과 일정 조율 필요)

- ▶ 상세사항: <붙임 2-3> 참조

✔ 홍보 및 교육 실적 보고서 ▶ 작성 및 시·도로 제출

- ▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료월의 익월 10일, 예를 들어 1분기 경우 4월 10일 제출)
- ▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조

라) 검진수탁기관

- ✔ 결핵 예방 홍보물 ▶ 제작·배포
- ✔ 보건소에서 수립한 검진 일정 조율 및 장소 확인
- ✔ 검진사업 준비 : 사업 참여 인력 교육 및 장비 검토 등

65세 이상 노인 대상 결핵예방 홍보 메시지

- 65세 이상 어르신 매년 1회 결핵검진을 보건소에서 무료로 받으세요.
- 어르신, 기침할 땐 휴지, 손수건이나 옷소매로 입과 코를 가리고 하세요.
- 결핵 신규환자 2명 중 1명은 65세 이상 어르신입니다.
- 65세 이상 어르신은 아무 증상이 없더라도 매년 결핵검진을 꼭 받으셔야 합니다.
- 경제협력개발기구(OECD) 가입 국가 중 결핵 발생률 2위('22년 기준)는 대한민국입니다.

노인 결핵검진사업 우선순위 대상자

- ▶ 상세사항: <붙임 2-1> 참조
- ▶ 참고사항: ① 지역사회 노인 발생률, 사회경제적 상황, 인적 특성, 의료자원, 보건 및 복지 지원체계 고려 ② '24년도 사업부터 검진 대상에서 시설 종사자 제외

① 최우선순위: 의료급여수급노인, 재가와상 노인

구분	대상 기준	자료원
65세 이상 의료급여 수급노인	<ul style="list-style-type: none"> • 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말함 <ul style="list-style-type: none"> - 1종 수급권자 <ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장수급권자 : 근로 무능력가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증 질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급권자 • 행려환자 • 타법 적용자 : 이재민, 의사자 및 의사자의 유족, 입양아동 (18세 미만), 국가유공자, 국가 무형문화재의 보유자, 북한 이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인 - 2종 수급권자 <ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 • 타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원 	<ul style="list-style-type: none"> • 「의료급여법」 제3조 및 같은법 시행령 제3조 • 2024년 의료급여사업안내(보건복지부)
65세 이상 재가와상 노인	<ul style="list-style-type: none"> • 노인 장기요양급여 3·4·5등급 판정자 중 자택 거주자 <ul style="list-style-type: none"> - 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자 - 장기요양 4등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자 - 장기요양 5등급 : 치매(「노인장기요양보험법 시행령」 제2조의 노인성질병에 한정) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자 	<ul style="list-style-type: none"> • 「노인장기요양보험법」 제15조 및 같은법 시행령 제7조 • 2022년 노인장기요양보험 통계연보 (국민건강보험공단)

② 차순위: 독거노인, 차상위계층노인, 그 외 노인 등

구분	대상 기준	자료원
65세 이상 독거노인	<ul style="list-style-type: none"> • 65세 이상 홀로 사는 노인 	-
65세 이상 차상위계층 노인	<ul style="list-style-type: none"> • 「국민기초생활 보장법」 제2조제10호(차상위계층)에서 “소득 인정액이 대통령령으로 정하는 기준 이하인 계층”이란 소득 인정액이 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람 	「국민기초생활 보장법」 제2조 및 같은법 시행령 제3조
그 외	<ul style="list-style-type: none"> • 지자체 상황에 따라 결핵검진 기회가 부재한 사각지대라고 판단되는 65세 이상 노인(예: 장기요양급여 1·2등급 판정자, 최근 1년 이내 결핵검진 미수검자 등) 	-

3단계 ▶ **검진 실시 및 결과 통보**

가) 시·도

- ✔ 검진사업 관리·감독(검진자 등록 관리 등)
- ✔ 청구 비용 검수(매월)

나) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 검진 결과 승인 및 등록 ▶ 관리

▶ 매뉴얼: 「질병보건통합관리시스템 이용 설명서(보건소용)」참고

- ✔ 청구 비용 검수 후 비용 지급(매월)
- ✔ 현장 가래 미수검자(유증상자 및 유소견자) 관리

※ 균음성 폐결핵 의심자로 정밀검사(CT검사)가 필요한 경우 아래 사업 참고

균음성 폐결핵 의심자 정밀검사(CT검사) 비용 지원 사업

- (목적) 균음성 폐결핵 환자 조기발견 및 치료를 통한 결핵균 전파 차단
- (대상) 노인 결핵검진 사업 참여자 중 흉부X선 영상판독 결과 균음성 폐결핵 의심환자* 이거나 결핵균검사 미실시자로 검진일로부터 1개월 미만 해당자
* 결핵성폐렴, 삼출성흉막염(결핵성), 폐결핵 경증, 폐결핵 중등증(공동, 공동의심 포함), 폐결핵 중증(공동, 공동의심 포함), 속립결핵)
- (지원내용) 균음성 폐결핵 환자 중 정밀검사 등 비용* 지원
* CT검사 비용, 보호자 및 시설 종사자 인센티브
- (사업주관기관) 대한결핵협회(각 지부로 문의)
※ 사업대상과 지원내용은 협회 사정에 따라 변동될 수 있음

다) 검진수탁기관

- ✔ 지자체와 검진 일정 협의 및 최종 검진일정 질병관리청에 보고
- ✔ 검진기관 및 검진대상자에게 결핵에 대한 교육·홍보 실시
- ✔ 결핵검진 안내문 ▶ 제작 및 배포

▶ 상세사항: <붙임 2-4> 참조

- ✔ 검진 대상 설문조사 ▶ 실시 및 개인정보 수집 등 동의서 ▶ 작성·취합

▶ 상세사항: <붙임 2-6> 및 <붙임 2-5> 참조

▶ 참고사항: 동의서 및 설문조사서는 사업 종료 후(익년 1월 말) 검진 관할 보건소로 이관

✔ 결핵검진 실시 및 결과 입력 통보(질병보건통합시스템)▶

- ▶ 매뉴얼: 「질병보건통합관리시스템 이용 설명서(의료기관용)」참고
- ▶ 통보 대상: 검진자, 지자체(시·도 및 시·군·구), 질병관리청

✔ 검진실적 보고▶(매주)

- ▶ 상세사항: <붙임 2-2> 참조
- ▶ 실적보고 대상: 질병관리청, 지자체(시·도 및 시·군·구)

✔ 검진 예산 사용 내역서▶ 제출 및 비용 청구▶

- ▶ 상세사항: <붙임 1-5> 참조
- ▶ 매월 말일 기준으로 익월 10일 이내 예산 사용 내역서를 질병관리청과 지자체(시·도 및 시·군·구)로 제출

라) 검진대상기관(주야간보호센터, 경로당, 복지관, 아파트 등)

- ✔ 검진 일정 수립 협조
- ✔ 검진대상 파악을 위한 노인 현황 공유 및 검진사업 안내
- ✔ 검진 당일 이동검진차량 주차 장소 제공 및 검진 진행을 위한 협조

4단계 환자관리 및 치료 실시

가) 질병관리청

- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 신고·치료 현황 관리 및 모니터링▶
- ✔ 추적관리대상자 모니터링▶

- ▶ 지표명: 결핵검진 수검률, 추적관리대상자 수검률, 치료실시율, 결핵신환자 치료성공률
- ▶ 실적확인: 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 > 노인·노숙인 검진율 등

나) 시·도

- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 신고·치료 현황 관리 및 모니터링▶
- ✔ 추적관리대상자 모니터링▶

- ▶ 지표명: 결핵검진 수검률, 추적관리대상자 수검률, 치료실시율, 결핵신환자 치료성공률
- ▶ 실적확인: 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 > 노인·노숙인 검진율 등

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 신고·치료(결핵 치료, 부작용)관리 등 환자관리▶
- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 취약성 평가 및 맞춤형 사례관리
- ✔ 시니어 결핵환자 복약관리지원 사업(대한결핵협회) 연계▶

- ▶ 근거: 「2024 국가결핵관리지침」
- ▶ 환자 신고·관리: 질병보건통합관리시스템에 등록·관리
- ▶ 상세사항: <붙임 1-7> 및 <붙임 1-11> 참조

✔ 추적관리대상자▶ 관리

- ▶ 추적관리 대상: 유증상자 또는 흉부X선 검사 결과 유소견자 중 가래검사 결과가 모두 음성으로 판정된 자
- ▶ 추적관리 방법: 흉부X선 재검을 통한 비교 판독
- ▶ 추적관리 기간: 검진일로부터 6개월 이내
- ▶ 검사결과 입력: 질병보건통합관리시스템 > 결핵관리 > 검진관리 > 취약계층검진관리 > 검진자기준 > 보건소검사결과 > 흉부X선검사실시여부
- ▶ 참고사항: 추적관리대상자가 검진일로부터 6개월 이내 타검진(건강검진 등)으로 흉부X선 검사를 실시한 경우 중복해서 검사할 필요는 없으나, 결핵 증상 및 현재 상태, 타검진 결과를 고려하여 주치의의 판단에 따라 추적검사 실시 가능

✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 및 추적관리대상자 관리 실적 모니터링▶

- ▶ 지표명: 결핵검진 수검률, 추적관리대상자 수검률*, 치료실시율, 결핵신환자 치료성공률
- * 결핵균검사관리에서 저장(접수완료)한 경우에만 결핵관리소식지에 추적관리대상자가 산출
 - 질병보건통합관리시스템 > 결핵균검사관리(대한결핵협회) > 검사의뢰 결과관리 > 접수처리 > 저장(접수완료)
- ▶ 실적확인: 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 > 노인·노숙인 검진율 등



재가 및 시설외상 노인 추적관리 대상 검사 의뢰 |

- ▶ 의뢰방법: 추적관리 대상 명단을 협회에서 작성하여 관할 보건소에 공문으로 제출
- ▶ 상세사항: <붙임 1-8> 참조
- ▶ 참고사항: 추적관리대상자 검진 단가는 「노인 결핵검진사업 검진 단가」를 기준으로 함

라) 검진수탁기관

- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 발생 시 보건소에 통보
- ✔ 확인된 추적관리대상자 보건소에 통보
- ✔ 보건소 의뢰시 재가 및 시설외상 노인 추적관리대상자 검사 실시

5단계 **검진사업 모니터링 및 평가**

가) 질병관리청

- ✔ 검진자 등록 및 환자 치료 현황 모니터링
- ✔ 사업평가: 중간 및 최종 평가 등
- ✔ 현장점검 실시: 교육·홍보·검진 현장 점검
- ✔ 사업 완료 후 검진 결과 평가 및 결과 보고
- ✔ 검진수탁기관 개인정보 처리 교육 및 관리·감독▶

▶ 상세사항: <붙임 1-9> 참조

나) 시·도

- ✔ 세부사업 관리 및 평가
- ✔ 검진수탁기관 개인정보 처리 교육 및 관리·감독 후 결과 제출▶

▶ 상세사항: <붙임 1-9> 참조

- ✔ 사업 완료 후 검진 결과 평가 및 보고

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 사업 완료 후 검진 결과 평가 및 결과 보고▶(검진 관할 보건소 실적)

▶ 검진사업 결과 분석(검진대상자, 환자발견, 추적관리대상자 관리, 역학조사 실시 현황 등), 전년대비 검진실적 비교, 향후 계획(차년도 검진 사업 계획 등)

라) 검진수탁기관

- ✔ 검진 실적 보고 제출
- ✔ 결과분석: 검진 결과 분석과 개선방안에 대해 최종 결과보고

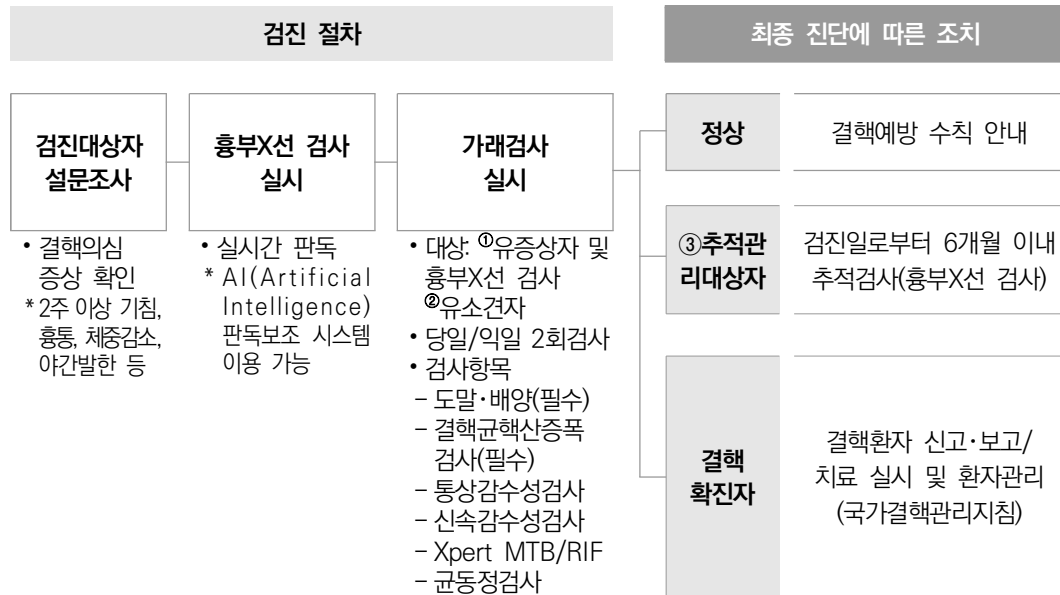
▶ 검진 결과 분석(성과지표 외 동일지역 대비 결핵 발생률, 검진자 특성별 결핵 발생률 등), 최근 3년간 노인 결핵검진사업 결과와 비교분석, 국외 노인 결핵검진 체계 분석 및 사례조사, 향후 노인 결핵검진 사업 방향 및 근거 제언 등의 내용을 포함

나. 노숙인 등 대상 결핵검진

사업개요

- 대상: 거리노숙인, 시설노숙인, 쪽방거주자, 무자격체류자
- 검진목표: 13,000건
- 검진지역: 17개 시·도(전국)
- 내용: 결핵검진 실시, 결핵 확진자 치료 및 추적관리대상자 관리
- 시기: 2024년 1~12월
- 예산: 472백만원(국비 50%+지방비 50%)
 - 내역사업명: 보건소 결핵관리사업(결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리)
- 검진수탁기관: 대한결핵협회
- 추진방법: 지역사회 기반 찾아가는 결핵검진 서비스 수행
 - 검진: 설문조사 및 흉부X선 검사(실시간 원격판독) → 결핵 유소견자·유증상자 당일 가래 검사 실시
 - 치료: 발견환자 대상 균음전 치료(지역병원) · 퇴원 후 복약관리, 주민등록복원 및 주거지원 등

1) 검진 절차 및 조치



- ① 유증상자: 뚜렷한 원인 없는 2주 이상 기침 증상이 설문을 통해 확인된 경우
- ② 유소견자: 흉부X선 판독 결과 결핵 의심 소견 또는 비활동성 결핵인 경우
- ③ 추적관리대상자: 유증상자 또는 흉부X선 검사 결과 유소견자가 가래검사(도말·배양·PCR) 결과 모두 음성으로 판정되었으나, 결핵 발병 가능성이 있어 주기적인 검진이 필요한 자

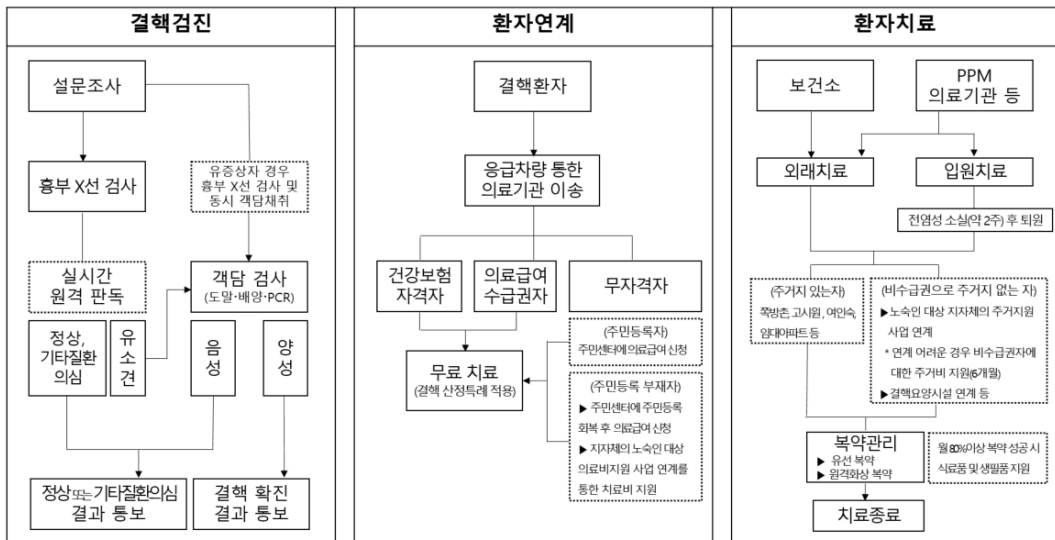
▶ 상세사항: <붙임 1-7> 참조

2) 검진 방법

구분	검진 방법
상시 검진	<ul style="list-style-type: none"> 검진기관(대한결핵협회 지부, 복심자의원)▶에 검진자가 직접 방문하여 검진 실시 실시간 원격 판독 결핵유소견자 및 유증상자 대상으로 가래 채담 및 수거
거점 검진	<ul style="list-style-type: none"> 이동검진차량(휴대용X선 장비) 활용 검진대상자가 모이는 공간 타케팅 필요(주야간보호센터, 경로당, 무더위 쉼터 등) 실시간 원격 판독 결핵유소견자 및 유증상자 대상으로 가래 채담 및 수거
방문 검진	<ul style="list-style-type: none"> 세대별 직접 방문(휴대용X선 장비)하여 검진 실시 실시간 원격 판독 결핵유소견자 및 유증상자 대상으로 가래 채담 및 수거

▶ 상세사항: <붙임 1-1> 참조

3) 검진 및 치료 흐름도



4) 기관별 역할

구분	시·도	시·군·구 (검진 관할 보건소)	검진수탁기관 (대한결핵협회)	관련 기관
결핵 검진	<ul style="list-style-type: none"> 검진실적 모니터링 노숙인 대상 결핵검진 및 결핵 예방 홍보 홍보 실적 보고서 취합 등 	<ul style="list-style-type: none"> 검진사업 안내 및 참여 독려 노숙인시설 대상 검진 수요조사 실시 및 취합 노숙인시설 및 검진수탁 기관과 협의하여 검진 일정 수립 검진일정에 따른 노숙인 시설 등 장소 협의 결핵검진사업 홍보 및 실적 보고서 제출 검진 결과 관리 등 	<ul style="list-style-type: none"> 검진사업 안내 및 참여 독려 검진 일정 수립 및 장소 협의 검진대상 설문조사 및 개인정보 수집등 동의서 작성 및 취합 검진 실시 및 결과 통보·보고 검진 실적 보고 및 검진 사업 결과 분석 등 	<p>[노숙인시설 및 쪽방상담소 등]</p> <ul style="list-style-type: none"> 검진대상 파악을 위한 노숙인 및 쪽방거주자 현황 공유 및 사업 안내 검진 일정 수립 협조 검진당일 결핵검진 이동 차량 주차 장소 제공 및 검진 진행을 위한 협조 등
추구 관리 대상자 관리	<ul style="list-style-type: none"> 추적관리대상자 관리 모니터링 노숙인시설·쪽방 상담소 협조 요청 등 	<ul style="list-style-type: none"> 추적관리대상자 검사 안내 및 실시 추적관리대상자 결핵 예방교육 실시 추적검사 결과 관리 등 	<ul style="list-style-type: none"> 결핵검진 결과서 발급 시 추적관리대상자에게 조치사항 안내 추적관리대상자 발견 시 보건소·노숙인시설 통보 등 	<p>[노숙인시설 및 쪽방상담소 등]</p> <ul style="list-style-type: none"> 추적검사 안내 협조 등
환자 관리	<ul style="list-style-type: none"> 전염성 결핵환자 대상 의료기관 연계 체계 마련 노숙인시설·쪽방 상담소 협조 요청 등 환자 관리 모니터링 	<ul style="list-style-type: none"> 응급차량을 이용한 전염성 결핵환자 이송 및 PPM의료기관 등 연계 환자 신고·보고 환자 복약 및 치료 관리 원격복약성공시 생필품·식료품비 지원 환자 의료급여 수급·주민등록복원·임시 주거비 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 전염성 결핵환자 발생 시 보건소·노숙인시설에 통보 지자체 요청시 사설응급 차량 섭외 및 지원협조 지자체 요청시 환자대상 원격복약관리 협조 지자체 요청시 환자 임시주거비 및 주민등록 복원비 지원 협조 등 	<p>[노숙인시설 및 쪽방상담소 등]</p> <ul style="list-style-type: none"> 환자 복약관리 협조 등 <p>[PPM 의료기관, 국립결핵 병원, 결핵안심벨트 지원 사업 참여 의료기관 등]</p> <ul style="list-style-type: none"> 환자 신고 보고 환자 입원 및 치료 등

5) 전국 노숙인 등 현황 및 시설 현황(2021년 말 기준)

가) 노숙인 등 현황▶: 노숙인 8,772명, 쪽방거주자 4,966명

나) 노숙인 등 시설 현황▶

☑ 노숙인 복지시설

- 노숙인일시보호시설 8개, 노숙인자활시설 49개, 노숙인재활시설 33개, 노숙인요양시설 22개, 노숙인급식시설 4개, 노숙인진료시설 3개, 쪽방상담소 10개

✔ 노숙인종합지원센터 13개

※ 자료원 : 시설명, 시설주소, 시설연락처 등 현황은 「2023년 노숙인 등의 복지사업 안내(보건복지부)」 349~376쪽 참고

▶ 상세사항: <붙임 3-11> 및 <붙임 3-10> 참조

6) 사업 세부내용

1] 노숙인 등 검진절차

1단계 ▶ 계획 수립 및 예산 관리

가) 질병관리청

- ✔ 검진사업 계획 수립
- ✔ 검진사업 운영을 위한 시스템 관리
- ✔ 사업운영에 관한 감독 및 관리
- ✔ 지자체 및 유관단체 협조 요청 등
- ✔ 검진수탁기관(대한결핵협회 본부) 계약 체결▶

▶ 계약체결 절차: 위탁업무(검진비용) 계약 체결 > 전자관보 등(“대한민국 전자관보” 및 지자체 홈페이지 “고시·공고”란)에 검진사업 공고

▶ 상세사항: <붙임 1-2> 및 <붙임 1-3> 참조

나) 시·도

- ✔ 노숙인 등 결핵검진사업 세부 사업 계획 수립
- ✔ 검진수탁기관(대한결핵협회 지부) 계약 체결▶

▶ 계약체결 절차: 위탁업무(검진비용) 계약 체결 > 전자관보 등(“대한민국 전자관보” 및 지자체 홈페이지 “고시·공고”란)에 검진사업 공고

▶ 상세사항: <붙임 1-2> 및 <붙임 1-3> 참조

- ✔ “지역사회 결핵사업 협의체”▶를 통한 검진사업 활성화

▶ 근거: 「2024 국가결핵관리지침」

▶ 구성원: △시·도, △보건소장, △보건소 결핵관리담당자, △민간공공협력 결핵관리사업 참여 의사, △결핵관리전담간호사, △감염병관리지원단, △대한결핵협회, △결핵연구원, △보건환경연구원, △국립결핵병원, △결핵안심벨트 지원사업 참여 의료기관, △관련 민간단체

- ✔ 검진대상자 선정 및 홍보를 위한 지자체 내 관련부서 협조요청
- ✔ 사업운영을 위한 예산 교부(시·군·구 예산교부 등)

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

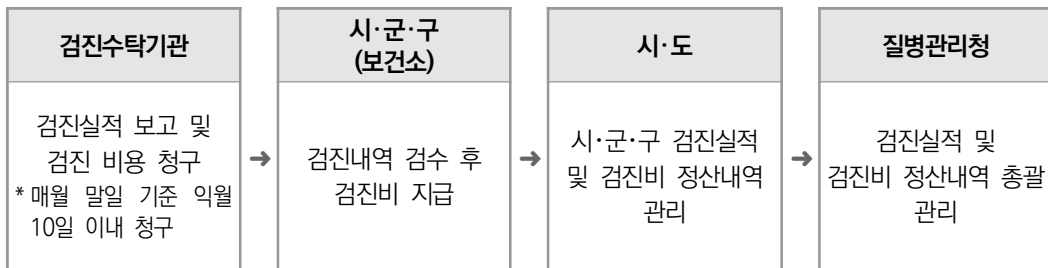
- ✔ 세부사업 계획 수립

▶ 노숙인 인구 밀집 지역, 쪽방촌 등 우선으로 검진 지역을 선정하고, 검진을 향상을 위해 노숙인 시설·쪽방촌 및 노숙인 대상 무료의료진료 사업 등 지자체 복지프로그램 등과 연계 시행 권고

- ✔ 사업운영을 위한 예산 집행
- ✔ 검진 비용 지급

- (검진 비용 정산) 검진 관할 보건소가 매월 검진 실적 검수 후 검진수탁기관에 비용지급

| 검진비용 청구 및 정산 절차 |



▶ 예산집행: 국가결핵예방사업비 중 보건소 결핵관리사업(결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리) 내역사업에서 집행하며, 검진사업 종료 전에는 타사업으로 전용을 가급적 지양하기 바람 (참고로, 보건소에서 자체 검진 수행시 검진비용은 지자체 예산 처리 규정에 따름)

2단계 사업 안내 및 수요조사

가) 질병관리청

- ☑ 노숙인 등 대상 결핵검진 및 결핵 예방 홍보물▶ 제작·배포

▶ 내려받기 경로 : 결핵제로 누리집 > 교육/홍보 > 자료 > 홍보자료

- ☑ 홍보 및 교육 실적 모니터링

나) 시·도

- ☑ 노숙인 등 대상 결핵 예방 교육·홍보 등
- ☑ 검진수요조사▶ 취합 및 질병관리청으로 제출(별도안내)

▶ 상세사항: <붙임 3-2> 참조

- ☑ 홍보 및 교육 실적 보고서▶ 취합 및 질병관리청으로 제출

▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료월의 익월 10일, 예를 들어 1분기 경우 4월 10일 제출)
▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ☑ 검진사업 안내▶ 및 참여 독려▶

▶ 상세사항: <붙임 3-3> 참조

- ☑ 검진 수요조사▶ 및 일정 수립▶

▶ 수요조사 결과에 따라 검진대상자 및 기관 최종 선정 노숙인시설 및 검진수탁기관과 일정조율하여 검진 일정 수립·안내 검진일정에 따른 노숙인시설 등 장소 협의
▶ 상세사항: <붙임 3-2> 및 참조

- ☑ 홍보 및 교육 실적 보고서▶ 작성 및 시·도로 제출

▶ 제출일: 분기별 제출(해당 분기 종료월의 익월 10일, 예를 들어 1분기 경우 4월 10일 제출)
▶ 상세사항: <붙임 1-4> 참조

라) 검진수탁기관

- ✔ 결핵 예방 홍보물 ▶ 제작·배포
- ✔ 보건소에서 수립한 검진 일정 조율 및 장소 확인
- ✔ 검진사업 준비: 사업 참여 인력 교육 및 장비 검토 등

마) 노숙인시설 및 쪽방상담소

- ✔ 검진대상 파악을 위한 노숙인 및 쪽방거주자 현황 공유 및 사업 안내
- ✔ 검진 수요조사 및 일정 수립 협조



노숙인 등 결핵검진사업 대상자 |

- ① 노숙인 등 ▶ 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제2조(정의)
 - 거리노숙인: 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람
 - 시설노숙인: 노숙인 시설을 이용하거나 상당한 기간동안 노숙인시설에서 생활하는 사람
 - 쪽방거주자 등
 - 1순위: 쪽방거주자로 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람
 - 2순위: 고시원·여인숙 등 주거 환경이 열악한 사람

▶ '24년도 사업부터 검진대상에서 시설 종사자 제외
- ② 무자격체류자(불법체류외국인): 「출입국관리법」 제12조 및 제25조의 규정에 따라 허가받은 체류기간이 만료되었으나 출국하지 아니한 외국인 ▶

▶ 근거: 「2023 출입국·외국인정책 통계연보」

3단계 ▶ **검진 실시 및 결과 통보**

가) 시·도

- ✔ 검진사업 관리·감독(검진자 등록 관리 등)
- ✔ 청구 비용 검수(매월)

나) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 검진 결과 승인 및 등록▶ 관리

▶ 매뉴얼: 「질병보건통합관리시스템 이용 설명서(보건소용)」참고

- ✔ 청구 비용 검수 후 비용 지급(매월)
- ✔ 현장 가래 미수검자(유증상자 및 유소견자) 관리

※ 균음성 폐결핵 의심자로 정밀검사(CT검사)가 필요한 경우 아래 사업 참고

균음성 폐결핵 의심자 정밀검사(CT검사) 비용 지원 사업

- (목적) 균음성 폐결핵 환자 조기발견 및 치료를 통한 결핵균 전파 차단
- (대상) 노인 결핵검진 사업 참여자 중 흉부X선 영상판독 결과 균음성 폐결핵 의심환자* 이거나 결핵균검사 미실시자로 검진일로부터 1개월 미만 해당자
* 결핵성폐렴, 삼출성흉막염(결핵성), 폐결핵 경증, 폐결핵 중등증(공동, 공동의심 포함), 폐결핵 중증(공동, 공동의심 포함), 속립결핵)
- (지원내용) 균음성 폐결핵 환자 중 정밀검사 등 비용* 지원
* CT검사 비용, 보호자 및 시설 종사자 인센티브
- (사업주관기관) 대한결핵협회(각 지부로 문의)
※ 사업대상과 지원내용은 협회 사정에 따라 변동될 수 있음

다) 검진수탁기관

- ✔ 지자체와 검진 일정 협의 및 최종 검진일정 질병관리청에 보고
- ✔ 검진기관 및 검진대상자에게 결핵에 대한 교육·홍보 실시
- ✔ 결핵검진 안내문▶ 제작 및 배포

▶ 상세사항: <붙임 3-3> 참조

✔ **검진 대상 설문조사 ▶ 실시 및 개인정보 수집 등 동의서 ▶ 작성·취합**

- ▶ 상세사항: <붙임 3-5> 및 <붙임 3-4> 참조
- ▶ 참고사항: 동의서 및 설문조사서는 사업 종료 후(익년 1월 말) 검진 관할 보건소로 이관

✔ **결핵검진 실시 및 결과 입력 통보(질병보건통합시스템) ▶**

- ▶ 매뉴얼: 「질병보건통합관리시스템 이용 설명서(의료기관용)」참고
- ▶ 통보 대상: 검진자, 지자체(시·도 및 시·군·구), 질병관리청

✔ **검진 결과서 ▶ 발급(개인용, 시설용)**


- ▶ 상세사항: <붙임 3-6> 및 <붙임 3-7> 참조

✔ **검진실적 보고 ▶(매주)**

- ▶ 상세사항: <붙임 3-8> 참조
- ▶ 실적보고 대상: 질병관리청, 지자체(시·도 및 시·군·구)

✔ **검진 예산 사용 내역서 ▶ 제출 및 비용 청구 ▶**

- ▶ 상세사항: <붙임 1-1> 참조
- ▶ 매월 말일 기준으로 익월 10일 이내 예산 사용 내역서를 질병관리청과 지자체(시·도 및 시·군·구)로 제출

 **무자격체류자 검진 관련 서식 ▶ |**

- ▶ 서식: 개인정보 수집 등 동의서(22개국), 설문조사표(29개국), 결핵검진 결과서(21개국)
- ▶ 언어: 기본(영어), 네팔, 몽골, 미얀마, 방글라데시, 베트남, 스리랑카, 캄보디아, 태국, 중국 등
- ▶ 상세사항: <붙임 3-11>, <붙임 3-12>, <붙임 3-13> 참조

라) 노숙인시설 및 쪽방상담소

- ✔ **검진 일정 수립 협조**
- ✔ **검진 대상 파악을 위한 노숙인 등 현황 공유 및 검진사업 안내**
- ✔ **검진 당일 이동검진차량 주차 장소 제공 및 검진 진행을 위한 협조**

4단계 ▶ 최종 진단에 따른 조치

가) 검진수탁기관

- ✔ 정상 소견 조치: 결핵예방수칙 안내, 검진일로부터 1년 1회 결핵검진 권고▶

▶ 「2023년 노숙인 등의 복지사업 안내」 집단생활로 인한 결핵 전파를 차단하기 위하여 1년 1회 결핵검진 권고

나) 검진수탁기관 및 시군구(검진 관할 보건소)

- ✔ 추적관리대상자▶ 조치: 검진일로부터 6개월 이내 1회 이상 추적검사(흉부X선 검사) 실시, 결핵예방수칙 안내

▶ 유증상자 또는 흉부X선 결과 유소견자가 가래검사(도말·배양·PCR) 결과 음성으로 판정되었으나, 결핵 발병 가능성이 있어 주기적인 검진이 필요한 자
▶ 검진수탁기관에서 결핵검진 결과서 발급 시 추적관리대상자에게 추적검사 안내를 1차적으로 실시하고, 검진 관할 보건소에서 추적관리

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 결핵확진자 조치 : 결핵환자 신고·보고, 치료 실시 및 환자관리

5단계 ▶ 검진사업 모니터링 및 평가

가) 질병관리청

- ✔ 검진자 등록 및 환자 치료 현황 모니터링
- ✔ 사업 평가: 중간 및 최종 평가 등
- ✔ 현장점검 실시: 교육·홍보·검진 현장 점검
- ✔ 사업 완료 후 검진 결과 평가 및 결과보고
- ✔ 검진수탁기관 개인정보 처리 교육 및 관리·감독▶

▶ 상세사항: <붙임 1-9> 참조

나) 시·도

- ✔ 세부사업 관리 및 평가
- ✔ 검진수탁기관 개인정보 처리 교육 및 관리·감독 후 결과 제출▶

▶ 상세사항: <붙임 1-9> 참조

- ✔ 사업 완료 후 검진 결과 평가 및 보고

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 사업 완료 후 검진 결과 평가 및 결과 보고▶(검진 관할 보건소 실적)

▶ 검진사업 결과 분석(검진대상자, 환자발견, 추적관리대상자 관리, 역학조사 실시 현황 등), 전년대비 검진실적 비교, 향후 계획(차년도 검진 사업 계획 등)

라) 검진수탁기관

- ✔ 검진 실적 보고 제출
- ✔ 결과분석: 검진 결과 분석과 개선방안에 대해 최종 결과보고

▶ 검진 결과 분석(성과지표 외 동일 지역 대비 결핵 발생률, 검진자 특성별 결핵 발생률 등), 최근 3년간 협회 자체 노숙인 검진사업 결과와의 비교 분석, 국외 노숙인 결핵검진 체계 분석 및 사례조사, 향후 노숙인 결핵검진사업 방향 및 근거 제언 등 내용 포함

2] 노숙인 등 추적관리대상자▶ 관리

- ▶ 유증상자 또는 흉부X선 결과 유소견자가 가래검사(도말·배양·PCR) 결과 모두 음성으로 판정되었으나, 결핵 발병 가능성이 있어 주기적인 검진이 필요한 자

가) 질병관리청

- ✔ 추적관리대상자 모니터링
- ✔ 지자체 및 사업 유관단체 협조 요청 등

나) 시·도

- ✔ 추적관리대상자 모니터링▶

- ▶ 실적확인: 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 > 추적관리대상자 수검률

- ✔ 노숙인시설·쪽방상담소 협조 요청 등

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 노숙인 등 추적관리대상자는 검진일로부터 6개월▶ 이내 1회 이상 추적검사(흉부X선 검사) 안내 및 실시

- ▶ 추적관리 대상: 유증상자 또는 흉부X선 검사 결과 유소견자 중 가래(가래)검사 결과가 음성으로 판정된 자
- ▶ 추적관리 방법: 흉부X선 재검을 통한 비교 판독
- ▶ 추적관리 기간: 검진일로부터 6개월 이내
- ▶ 검사결과 입력: 질병보건통합관리시스템 > 결핵관리 > 검진관리 > 취약계층검진관리 > 검진자기준 > 보건소검사결과 > 흉부X선검사실시여부(「질병보건통합관리시스템 이용 설명서(의료기관용)」참고)
- ▶ 참고사항: 추적관리대상자가 검진일로부터 6개월 이내 타검진(건강검진 등)으로 흉부X선 검사를 실시한 경우 중복해서 검사할 필요는 없으나, 결핵 증상 및 현재 상태, 타검진 결과를 고려하여 주치의의 판단에 따라 추적검사 실시 가능

- ✔ 추적관리대상자 관리 실적 모니터링▶

- ▶ 지표명: 결핵검진 수검률, 추적관리대상자 수검률*, 치료실시율, 결핵신환자 치료성공률
- ▶ 실적확인: 질병보건통합관리시스템 > 통계관리 > 결핵관리소식지 > 노인·노숙인 검진율

- ✔ 결핵예방수칙에 대해 설명하며 **결핵 증상(2주 이상 기침, 가래 등) 발생 시 즉시 보건소 내원할 것**을 안내

라) 검진수탁기관

- ✔ 결핵검진 결과서 발급 ▶ 시 추적관리대상자에게 조치사항 안내

▶ 상세사항: <붙임 3-6> 및 <붙임 3-7> 참조

- ✔ 추적관리대상자 발견 시 보건소·노숙인시설 통보

마) 노숙인시설 및 쪽방상담소

- ✔ 추적관리대상자 추적검사 안내 및 협조

3 노숙인 등 결핵환자 관리

1단계 전염성 환자 의료기관 연계

가) 시·도

- ✔ “지역사회 결핵사업 협의체”를 통한 전염성 환자 의료기관 연계 체계 마련
- ✔ 노숙인시설·쪽방상담소 협조 요청 등

나) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 응급차량을 이용한 전염성 결핵환자 이송 및 PPM 의료기관·국립결핵병원 등 연계
- ✔ 노숙인시설·쪽방상담소 협조 요청 등

다) 검진수탁기관

- ✔ 결핵환자 확인 시 보건소 및 노숙인시설에 통보
- ✔ 지자체에서 응급차량을 이용하기 어려운 경우 사설응급차량 섭외 ▶

▶ 지원대상: 2024년 노숙인 등 결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자
▶ 예산집행: 국가결핵예방 사업비(내역사업명: 결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리)에서 지급(최대 10만원/1인)

2단계 결핵환자 신고·보고

가) PPM 의료기관, 결핵안심벨트 지원사업 참여 의료기관 등

- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 신고 및 치료 관리

나) 질병관리청 및 시·도

- ✔ 노숙인 등 결핵환자 신고 여부 모니터링

다) 시·군·구(검진 관할 보건소)

- ✔ 결핵환자 신고·보고

▶ 주민등록말소자의 경우 행정안전부 주민등록자료 연계를 통해 환자의 주소지보건소로 자동이관 처리됨(단, 주민등록불명자는 행정안전부 연계가 불가하여 신고기관의 관할 보건소로 자료이관)

- ✔ 결핵환자(결핵의사환자 포함) 취약성 평가 및 맞춤형 사례관리
- ✔ 접촉자조사 실시 기준에 따른 역학조사 실시

라) 검진수탁기관

- ✔ 시·군·구에서 역학조사 의뢰 시 접촉자 검진▶ 지원

▶ 근거: 「2024 국가결핵관리지침」
▶ 검진비용: 국가결핵예방 사업비(내역사업명: 결핵역학조사 등)로 지급

3단계 환자 치료 관리

가) 시·군·구(환자 관리 보건소) 및 쪽방상담소

구분	조치 사항		
의료급여 수급권자	의료급여를 통해 의료기관에서 무상 치료 실시		
의료급여 수급권자 가 아닌 자	신고관할보건소에서 신속한 치료를 위해 지자체 의료급여사업 내 긴급지원사업(의료지원) 또는 행려자 의료비지원 사업 등을 통해 치료 우선 실시(지자체 사업담당자 연계) - 긴급지원사업(의료지원) 절차 참고: 긴급지원사업 안내(보건복지부) - 행려환자 의료비지원 절차 참고: 의료급여사업안내(보건복지부) - 결핵안심벨트 지원사업▶(문의처: 국립중앙의료원 결핵안심벨트사무실(02-2276-2370)) ▶ 상세사항: <붙임 3-9> 참조		
	구분	주민등록이 되어 있는자	주민등록부재자
	노숙인	검진관할보건소에서 의료급여 수급 절차 안내를 위해 주소지 주민센터 안내	검진관할보건소에서 주민등록번호 복원 및 의료급여 수급 절차 안내를 위해 실거주지 주민센터 안내
쪽방 거주자	쪽방상담소에서 의료급여 수급 절차 안내를 위해 주소지 주민센터 안내	쪽방상담소에서 환자에게 주민등록번호 복원 및 의료급여 수급 절차 안내를 위해 실거주지 주민센터 안내	



주민등록부재자 조치 관련 |

[시·군·구(환자 관리 보건소)]

- 주민등록부재자가 주민등록복원비를 지원받을 수 있도록 시·군·구 사업▶ 연계

- ▶ 근거: 「2023년 노숙인 등의 복지사업 안내」
- ▶ 거리노숙인 위기관리 사업 운영 예산으로 노숙인종합지원센터에서 일부 거리노숙인 대상으로 주민등록복원비 지원

- 지자체 사업 연계가 어려운 경우 대한결핵협회에 주민등록복원비 신청

[검진수탁기관]

- 지자체에서 주민등록복원비 지원이 어렵고 환자가 경제적으로 부담할 수 없는 경우 주민등록복원비 지원▶

- ▶ 지원대상: 2024년 노숙인 등 결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자
- ▶ 예산집행: 국가결핵예방 사업비(내역사업명: 결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리)에서 지급(최대 10만원/1인)

4단계 환자 복약 관리

가) 시·도

- ✔ 결핵환자 복약관리 모니터링 및 치료 협조 체계 마련

나) 시·군·구(환자 관리 보건소) 및 의료기관

- ✔ 전염성 결핵환자 복약관리 실시
- ✔ 시니어 결핵환자 복약관리지원 사업(대한결핵협회) 연계▶

▶ 상세사항: <붙임 1-11> 참조

다) 검진수탁기관

- ✔ 지자체 요청시 원격화상복약관리▶실시(대한결핵협회 소속 코디네이터 수행)

▶ 지원대상: 2024년 노숙인 등 결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자
 ▶ 지원요건: 환자 동의 기반으로 실시하며 일정한 거주지(쪽방, 고시원 등)가 있는 경우 참여 가능함
 ▶ 지원내용: 원격화상복약관리 참여자의 복약성공률(월 복약성공률 80% 이상)에 따라 매월 생필품 및 식료품(10만원 상당) 지원
 ▶ 예산집행: 국가결핵예방 사업비(내역사업명: 결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리)에서 지급(10만원/월, 1인당 최대 6개월 지원)

※ 무자격체류자 대상 결핵 치료비 지원 사업 안내

무자격체류자 대상 결핵 치료비 지원 사업 🔍

- (대상) 찾아가는 결핵검진사업을 통해 발견한 환자 중 국내 90일 이상 체류한 무자격체류자
- (지원내용) 결핵 검사비, 1차 항결핵제 치료 약제비 및 추가 검사비 지원(최대 5인, 1인당 최대 200만원)
- (사업주관기관) 대한결핵협회(각 지부로 문의)

※ 사업대상과 지원내용은 협회 사정에 따라 변동될 수 있음

라) 노숙인시설 및 쪽방상담소

- ✔ 전염성 소실 후 노숙인 결핵환자▶가 노숙인시설 입소 시 복약관리 협조

▶ 비전염성 결핵으로 인한 입소자 차별 및 불이익 금지

5단계 ▶ 전반적인 보건소 환자 관리▶

▶ 근거: 「2024 국가결핵관리지침」

- ✔ 전염성 결핵환자 격리 조치 및 복약관리: 보건소에서 전염성 결핵환자 중 직장이 있는 자 또는 학생을 확인하여 격리 조치 및 복약관리 실시
- ✔ 비순응 환자 조치: 균 양성으로 판정된 호흡기 결핵환자 중 투약 불협조자·불규칙한 투약자·치료중단 환자 등 대상으로 전화상담, 가정방문 등 환자관리 실시
- ✔ 입원명령대상 환자 조치: 다제내성(광범위약제내성 포함) 전염성 호흡기 결핵환자·치료 비순응 환자 등 대상으로 입원명령 실시

6단계 ▶ 주거 연계 및 지원

가) 시·도

- ✔ 노숙인 결핵환자 대상 사례 상담 및 지자체 복지서비스(주거 지원) 연계

나) 시·군·구(환자 관리 보건소)

- ✔ 노숙인 대상 지자체 주거 지원 사업▶ 연계

- ▶ 참고자료: 긴급지원사업 안내(보건복지부), 거리노숙인 위기관리 사업 안내(보건복지부), 주거급여 사업안내(국토교통부) 등
- ▶ 상세사항: <붙임 3-9> 참조

- ✔ 서울시(미소꿈터) 및 대구시(대구요양원) 노숙인인 경우 결핵요양시설▶ 연계

【결핵요양시설】

① 미소꿈터

- ▶ 입소대상: 서울 및 수도권 지역 노숙인 등 취약계층 중 병원 입원 치료 후 복약을 요하는 결핵환자, 결핵(의심)감염인
- ▶ 기관위치: 서울 용산구 한강대로 357-1 미소꿈터
- ▶ 문의처: 02-3272-7975, 0975

② 대구요양원

- ▶ 입소대상: (1) 국민기초생활보장 수급자로서 14세 이상 결핵환자, (2) 결핵으로 요양 및 투약을 필요로 하는 환자, (3) 재발위험으로 지속적인 투약과 치료, 요양이 필요한 환자, (4) 거동이 가능하며 일상생활이 가능한 환자(식당, 화장실, 세면/목욕실 이동 및 이용이 가능한 자)
- ▶ 기관위치: 대구 달성군 논공읍 논공중앙로 453 대구요양원
- ▶ 문의처: 053-616-3110, 3111

다) 검진수탁기관

- ✔ “노숙인 대상 지자체 주거 지원 사업”을 통해 주거 연계를 하지 못한 노숙인 결핵환자를 대상으로 임시 주거비 지원▶

- ▶ 지원대상: 2024년 노숙인 등 결핵검진사업을 통해 발견한 결핵환자
- ▶ 예산집행: 국가결핵예방 사업비(내역사업명: 결핵 고위험군 등 취약계층 및 잠복결핵감염 관리)에서 지급(최대 20만원/월, 1인당 최대 6개월 지원)

2024년 찾아가는
결핵검진사업
세부 안내

부록

1. 공통 서식
2. 노인 대상 결핵검진 서식
3. 노숙인 등 대상 결핵검진 서식



KOREA DISEASE CONTROL AND
PREVENTION AGENCY



공통 서식

붙임 1-1. 대한결핵협회 복십자의원 안내	42
붙임 1-2. 결핵검진사업 위탁검사 서약서·계약서 등	43
붙임 1-3. 결핵검진사업 공고문	51
붙임 1-4. 결핵검진사업 홍보 및 교육 실적 보고 서식	53
붙임 1-5. 결핵검진사업 예산 사용 내역서 서식	56
붙임 1-6. 결핵검진 절차 안내	57
붙임 1-7. 결핵 치료 및 관리	60
붙임 1-8. 추적관리대상자 명단 안내 서식	62
붙임 1-9. 검진수탁기관 개인정보처리 교육, 관리·감독 계획	63
붙임 1-10. 결핵안심벨트 지원사업 안내(국립중앙의료원)	65
붙임 1-11. 시니어 결핵환자 복약지원 사업 안내(대한결핵협회)	66

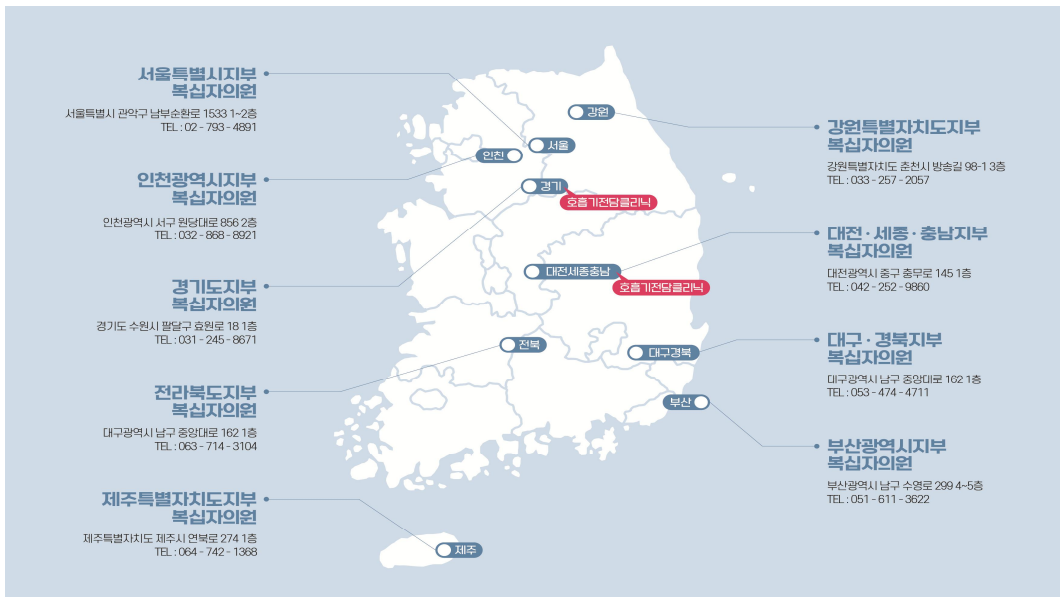


붙임 1-1 대한결핵협회 복심자의원 안내

■ 대한결핵협회 안내

지부명	연락처	연락처
본부	서울특별시 서초구 바우뫼로6길 57	02-2085-0067
서울특별시지부	서울특별시 관악구 남부순환로 1533	02-793-4893
부산광역시지부	부산광역시 남구 수영로 299 루미너스타워 13층	051-611-3620
인천광역시지부	인천광역시 서구 원당대로 856 7층	032-868-8921
경기도지부	경기도 수원시 팔달구 효원로 18	031-245-8673
강원특별자치도지부	강원도 춘천시 중앙로 9	033-254-2056
충청북도지부	충북 청주시 상당구 상당로 58번길 23	043-253-2266
대전세종충남지부	대전광역시 중구 충무로 145	042-252-9860
전라북도특별자치도지부	전북 전주시 덕진구 백제대로 789	063-243-2724
광주전남지부	광주광역시 북구 동문대로 173	062-264-3103
대구경북지부	대구광역시 남구 중앙대로 162	053-474-4713
울산경남지부	경남 창원시 마산합포구 가포본동 7길 48	055-246-4223
제주특별자치도지부	제주시 연복로 274	064-742-1368

■ 복심자의원 안내



붙임 1-2 결핵검진사업 위탁검사 서약서·계약서 등(질병청, 시·도 → 검진수탁기관)

「2024년 찾아가는 결핵검진사업」 위탁검사 서약서

00시·도(이하 “발주기관”이라 한다)와 대한결핵협회 00지부(이하 “업체”라 한다)는 「2024년 찾아가는 결핵검진사업」 업무를 위탁함에 있어 “발주기관”은 “업체”에 다음과 같이 서약 사항을 안내하고, “업체”는 아래 내용을 숙지하여야 한다.

1. “업체”는 “발주기관”이 정한 과업내용을 기준으로 사업대상 지역의 관할 보건소와 일정과 장소를 협의하여 이동검진차량을 이용한 흉부X선 검사(필요시 휴대형 흉부X선 장비 이용), 결핵 유소견자^① 및 유증상자^②에 대한 가래검사(결핵균검사)^③를 실시하여야 한다.
 - ① 흉부X선 영상 판독 결과, 결핵 의심 소견 또는 비활동성 결핵인 경우
 - ② 뚜렷한 원인 없이 2주 이상 기침 증상이 설문조사를 통해 확인된 경우(흉부X선 검사 결과 무관)
 - ③ 흉부X선 검사가 어렵거나 검사를 거부할 경우 가래검사만 실시 가능
2. “업체”는 약정 기일 내에 검진 결과를 검진자, 검진관할보건소,에 통보하며 결핵 유소견자 및 유증상자에 대해서는 가래검사를 위한 가래를 현장 방문하여 최소 1개 이상 수집(2개 권장)하여야 하며, 채담이 어려운 경우 CT촬영 및 향후 흉부X선 재검 등을 권고하여야 한다.
3. 가래검사(결핵균검사)는 「국가결핵관리지침」 및 「결핵진료지침」에 의거 집균도말, 액체배양, 고체배양, 결핵균핵산증폭검사(TB-PCR)를 기본적으로 실시해야 한다. 단, 도말검사 결과 양성인 경우 다제내성 결핵환자의 신속한 진단을 위해 Xpert MTB/RIF 검사를 실시하고, 배양검사 결과 양성인 경우 신속내성검사, 통상감수성검사를 실시하며, 배양검사 결과 NTM인 경우 균동정검사를 관할 보건소와 협의하여 실시할 수 있다.
4. 계약상대자인 “업체”는 제3의 기관에 업무를 재위탁 할 수 없다.
5. 검진단가는 “발주기관”이 공고한 단가*로 정한다.
 - * 대한민국 전자관보 및 지자체 홈페이지 게시
6. “업체”는 검진 결과를 분석하고, “발주기관”이 요청시 중간 및 최종 결과보고를 보고서 형태로 제출한다.

7. “업체”는 「2024년 찾아가는 결핵검진사업」 위탁검사 계약서를 철저히 이행하고, 이외의 추가 사항에 대하여는 “발주기관”과 상호 협의하여 결핵검진에 차질이 발생하지 않도록 최선의 노력을 한다.

상기 사항을 숙지하고 이를 성실히 준수할 것을 서약함.

년 월 일

업체 대표 (인)

0·0시도지사장 귀하

「2024년 찾아가는 결핵검진사업」 위탁검사 계약서

「2024년 찾아가는 결핵검진사업」의 원활한 수행을 위하여 다음과 같이 00시·도(이하 “발주기관”라 한다)와 대한결핵협회 00지부(이하 “업체”라 한다)간의 위·수탁 계약을 체결한다.

제1조(일반사항) “발주기관”이 필요로 하는 결핵검진을 “업체”에게 직접위탁하고, “업체”는 이에 대한 결핵검진의 시간적 제한을 감안하여 지체없이 시행한다.

제2조(업무의 내용)

① “업체”는 전국 노인·노숙인 등 대상으로 「찾아가는 결핵검진사업」을 시행하며 검진 대상은 다음 각 호와 같다.

1. 65세 이상 의료급여수급노인, 재가와상노인*
* 지자체 상황에 따른 독거노인, 차상위계층노인 등 기타 결핵검진 사각지대 노인
2. 거리·시설 노숙인
3. 쪽방거주자
4. 무자격체류자

② “업체”는 전국 노인·노숙인 등 대상으로 「찾아가는 결핵검진사업」을 시행하며 업무 내용은 각 호와 같다.

1. 결핵검진 안내 및 교육·홍보
2. 흉부X선 이동검진 및 가래검사
3. 검진 결과 판독 및 통보
4. 동 사업을 통하여 확인된 추적관리 대상자의 추적검사
5. 기타 “발주기관”이 필요하다고 요청하는 결핵 관련 사업*

* 노숙인 등 결핵검진에서 발견된 환자대상으로 응급차량지원비, 주민등록복원비, 임시주거비, 복약관리지원비 (생필품·식료품 지원비, 원격복약 관련 인터넷사용료) 등 치료 지원

제3조(검사방법) “업체”는 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)에서 선정한 검진대상을 상대로 결핵관련 설문조사 실시, 개인정보 수집·이용 동의서 구득, 이동검진차량을 이용한 흉부X선 검사(필요시 휴대형 흉부X선 장비 이용) 및 판독(영상의학과 또는 결핵과 전문의), 결핵 유소견자 및 유증상자에 대한 가래 수거 및 검사 등 관련 모든 조치를 행한다.

제4조(검진일정 협의) “업체”는 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)에서 제공한 검진 대상 기관의 검진 일정을 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)와 협의하여 정한다.

제5조(동의서 구득) “업체”는 검진 대상자에게 결핵검진에 대해 설명하고 설문조사 및 개인정보수집·이용 동의서를 구득하며, 이는 위탁계약기간 종료 시 검진 관할 보건소에 이관한다. 인적사항 등을 정확하게 기입하고 결핵검진을 실시한다.

제6조(검진 실시 및 결과 통보) “업체”는 위탁받은 결핵검진을 실시하고 검진 결과를 검진자, 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소), “발주기관”에게 즉시 통보하여야 한다. 통보의 방법 및 절차는 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)와 협의하여 정한다.

제7조(결과보고)

- ① “업체”는 검진결과를 매 주 “발주기관”에 보고한다.
- ② “업체”는 검진결과에 대한 최종 보고서를 “발주기관”이 요청시 제출한다.

제8조(업무의 기간) 위·수탁기간은 2024년 1월 1일부터 2024년 12월 31일(12개월)까지로 하며, 업무의 변경사유가 발생할 경우 “발주기관”과 “업체” 간의 협의를 통하여 위·수탁 기간을 변경할 수 있다.

제9조(대금지불)

- ① “업체”는 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)에 위탁검사료를 매월 말일 기준으로 익월 10일 이내에 청구하고, 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)의 결제기준에 따라 지급한다.
- ② 대금의 결제는 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)의 검사실적 대조 및 검수 후에 지급한다.
- ③ 대금지불에 관한 시기와 지급방법은 시·군·구 보건소(검진 관할 보건소)와 협의하여 결정한다.

제10조(책임)

- ① “업체”는 본 계약기간 중 “발주기관”으로부터 위탁받은 결핵검진 대상자의 질병에 관계되므로 검체의 정밀한 분석 및 검진 결과 판독에 최선을 다해야 하며, 검체의 분실, 손괴 및 검진 결과의 오판, 지연 등으로 인하여 발생하는 “발주기관”의 손실에 대하여 보상하고 민·형사상의 모든 책임을 감수한다.
- ② “발주기관” 및 “업체”는 임의로 검진기관을 변경할 수 없다. 단, 특별한 사유로 인해 다른 검사기관에 위탁하여야 할 필요가 있을 경우는 사전 협의하여 처리한다.
- ③ “업체”는 검진사업 수행 시 검진대상자의 검진정보가 타인에게 누설되지 않도록 하여야 하며, 이로 인한 피해사례 발생 시 모든 법적인 책임을 감수한다.
- ④ “업체”는 위탁검사 과정에서 취득한 개인정보는 「개인정보보호법」에 따라 관리하고 부실관리로 인한 피해사례 발생 시 모든 법적인 책임을 감수한다.

제11조(계약파기) “발주기관”은 다음 각 호의 해당 사유가 발생하였을 때에는 본 계약을 해지할 수 있다.

- ① “업체”가 본 계약상의 사업목적이나 이행사항을 위배 하였을 때
- ② “업체”가 소정기일 내에 계약사항을 이행할 수 없는 경우

제12조(상호계약사항 이행준수) “업체”와 “발주기관”은 위탁검사, 대금 지급 등 계약사항을 성실히 이행하여야 하고, 만약 이를 위반할 경우에는 상호 간의 계약사항을 이행하지 않아도 되며, 합의 하에 해지 할 수 있다.

제13조(소송의 관할 법원) 본 계약의 관한 소송의 관할법원은 발주기관의 소재지 관할 법원으로 한다.

제14조(계약의 해석) 본 계약에 규정되지 아니한 사항과 계약에 관하여 이견이 있을 경우에는 “발주기관”과 “업체”간에 상호 협의하여 결정하고 협의가 이루어지지 않을 경우에는 “발주기관”의 해석에 따른다.

제15조(사업의 세부 사항) 본 사업의 세부 사항은 “발주기관”에서 작성한 「2024년 찾아가는 결핵검진사업 세부 안내」에 따른다.

제16조(부칙) 본 계약 시행에 있어 표시되지 않은 사항은 상호 협의하에 결정하며 이의가 있을 시는 관련 규정에 따른다.

제17조(기타) 본 계약서는 2부를 작성하여 “발주기관”과 “업체”가 날인하고 공증을 받아 각각 1부씩 보관한다.

년 월 일

(위탁자) 발주기관:
주 소:
대 표 명: (인)

(수탁자) 업 체:
주 소:
대 표 명: (인)

개인정보 처리에 관한 특약서

제1조(목적 및 범위) 본 특약은 00시·도(이하 “발주기관”이라 한다)와 대한결핵협회 00지부(이하 “업체”라 한다)간에 「2024년 찾아가는 결핵검진사업」 기본계약서에 따른 업무수행을 위해 개인정보 취급 및 관리에 있어 위탁 처리되는 개인정보가 안전하게 관리될 수 있도록 세부사항을 정하는 데 있으며 범위는 다음과 같다.

1. 흉부X선 이동검진 및 가래검사
2. 검진 결과 판독 및 통보
3. 동 사업을 통하여 확인된 추적관리대상자의 추적검사

제2조(특약기간 및 효력) 본 특약의 유효기간은 기본계약상의 기간과 동일하며 기본계약이나 추가 합의서에 의한 기간 연장인 경우 본 특약의 유효기간도 자동 연장된다.

제3조(특약의 내용 및 기본적 의무사항)

- ① 개인정보 처리는 기본계약상의 위임업무 수행을 위한 목적의 범위에 한한다.
- ② “업체”는 취급 및 관리하는 개인정보를 제3자에게 제공할 수 없다.
- ③ “업체”는 위탁받은 개인정보를 재위탁 할 수 없다.
- ④ 팩스나 우편 등으로 본인 확인을 위하여 수집한 개인정보의 경우, 그 제공받은 목적을 달성한 후에는 세절 등의 방법으로 지체 없이 파기하여야 한다.
- ⑤ “업체”는 “발주기관”이 작성한 개인정보보호를 위한 안전성 확보조치 기준을 준수하여야 하며 “업체”의 부주의 혹은 안전성의 부재로 인하여 개인정보가 분실, 도난, 누출 또는 훼손되어 발생하는 문제에 대하여 “업체”가 책임을 지며, “발주기관”은 면책된다.

제4조(개인정보보호책임자의 지정)

- ① “업체”는 이용자의 개인정보를 보호하고 개인정보와 관련한 이용자의 불만을 처리하기 위하여 개인정보보호 책임자를 지정하고 다음 각 호의 업무를 수행하여야 한다.
 1. 개인정보 관리에 관한 업무의 총괄
 2. “업체”의 소속 직원 또는 제3자에 의한 위법 부당한 개인정보 침해행위에 대한 점검
 3. 기타 이용자의 개인정보보호에 필요한 사항
- ② 개인정보보호책임자는 “업체”의 임원 또는 개인정보와 관련하여 이용자의 고충처리를 담당하는 부서의 장의 지위에 있는 자 또는 개인정보 취급 부서의 장이어야 한다.
- ③ “업체”는 개인정보보호책임자를 지정하고, 그 변경 시 즉시 통보해야 하며, 업무상 필요한 개인정보취급자를 최소한으로 운영하여야 한다.

제5조(기술적·관리적 보호조치)

- ① “업체”는 컴퓨터를 이용하여 이용자의 개인정보를 취급하는 경우 개인정보가 분실,

도난, 누출 또는 훼손되지 아니하도록 안전성 확보에 필요한 기술적 보호조치를 다음 각 호와 같이 적용하여야 한다.

1. 개인정보가 포함된 서류 등은 잠금장치가 있는 안전 장소에 보관
 2. 개인정보 파일을 전자파일 형식으로 관리하는 경우 암호화 설정
 3. 개인정보가 포함된 파일은 지정된 단말기에 보관하며, 해당 단말기의 본래 목적 외 사용 금지
 4. 지정된 단말기의 악성프로그램 감염 방지 등을 위한 보안조치 적용
 5. 개인정보를 휴대용저장매체 등 이동이 가능한 저장매체에 저장 금지
 6. 개인정보에 대한 접근에 필요한 절차 마련, 소속직원 절차 숙지 및 준수
- ② “업체”는 컴퓨터를 이용하여 이용자의 개인정보를 처리하는 경우에는 개인정보에 대한 접근권한을 가진 담당자를 지정하여 “발주기관”에게 통보하여야 한다.
- ③ “업체”는 전자적 방법으로 개인정보의 접근이 필요한 경우 “발주기관”에게 식별부호(ID) 및 비밀번호를 부여받고 처리하며, 부여받은 정보의 관리를 철저히 해야 한다.

제6조(비밀유지)

- ① “업체”는 정보통신망에 의하여 처리·보관 또는 전송되는 타인의 개인정보를 훼손하거나 공개를 원하지 않는 타인의 개인정보를 침해·도용 또는 누설하여서는 아니 된다.
- ② 서비스 제공을 위하여 이용자의 개인정보를 취급하거나 취급하였던 자는 직무상 알게 된 개인정보를 훼손·침해 또는 누설하여서는 아니 된다.

제7조(개인정보의 파기)

- ① “업체”는 개인정보의 수집목적 또는 제공 받은 목적을 달성하였을 때에는 당해 개인정보를 지체 없이 파기하여야 한다. 다만, 다음 1호에 해당하는 경우에는 예외로 한다.
1. 법령의 규정에 의하여 보존할 필요성이 있는 경우
 - * 「의료법 시행규칙」 제15조(진료기록부 등의 보존)에 따라 5년간 보관 가능
- ② “업체”는 개인정보를 파기할 때에는 다음 각 호의 방법에 의한다.
1. 종이에 출력된 개인정보 : 분쇄기로 분쇄하거나 소각
 2. 전자적 파일 형태로 저장된 개인정보 : 기록을 재생할 수 없는 기술적 방법을 사용하여 삭제

제8조(교육)

- ① “업체”는 개인정보의 수집 또는 관리업무를 담당하는 직원에게 이용자의 개인정보를 보호하기 위하여 필요한 교육을 실시하여야 한다. 이 경우 개인정보관리책임자는 교육내용, 절차 및 방법 등 교육의 실시에 관하여 계획을 수립하고 “발주기관”에게 보고하여야 한다.
- ② “업체”는 1항의 규정에 의한 교육을 자체적으로 실시하거나 해당 분야의 전문기관에 위탁하여 실시할 수 있으며 교육 결과를 “발주기관”에 보고하여야 한다.

제9조(내부 감사)

- ① “업체”는 소속직원이 개인정보보호 의무를 성실히 이행하는지 여부를 감사하여야 한다. 이 경우 개인정보관리책임자는 감사대상, 감사절차 및 방법 등 감사의 실시에 관하여 계획을 수립하여 “발주기관”에게 보고하여야 한다.
- ② “업체”는 1항에 의한 감사를 실시한 결과 개인정보 관리상의 문제점을 발견하거나 관련 직원이 본 특약을 위반한 때에는 개선 또는 필요한 조치를 취한 결과를 “발주기관”에게 보고하여야 한다.

제10조(관리 및 감독) “발주기관”은 “업체”의 개인정보보호 교육 및 개인정보 관리를 관리 및 감독할 수 있으며, “업체”는 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다.

제11조(특약의 종료) “발주기관”과 “업체”의 기본계약 종료 시 “발주기관”이 “업체”에게 제공한 개인정보는 제7조에 의한 방법으로 지체없이 파기 또는 “발주기관”에게 반환하여야 한다.

제12조(손해배상의무)

- ① “발주기관”은 본 특약서 상에 명시한 개인정보보호의무와 관련된 업무를 수행함에 있어 위법 또는 부당한 방법을 사용해서는 아니 되고, 위법 또는 부당한 방법으로 인하여 “발주기관”에게 손해가 발생한 경우 이를 배상하여야 한다.
- ② “발주기관”이 “업체”의 과실로 인하여 개인정보보호의무와 관련한 손해배상책임을 지는 경우, “발주기관”은 “업체”에게 배상을 청구할 수 있다.

제13조(일반사항)

- ① 본 특약에서 정하지 아니한 사항은 기본계약과 「개인정보보호법」 등 관계법령에 의하며, 이는 계약서와 동일한 효력을 지닌다.
- ② 본 특약의 성립을 증명하기 위하여 본 특약서를 2부를 작성하여 날인하고, “발주기관”과 “업체”가 각각 1부씩 보관한다.

년 월 일

(위탁자) 발주기관:
주 소:
대 표 명: (인)

(수탁자) 업 체:
주 소:
대 표 명: (인)

- 기타 지방자치단체의 장이 필요하다고 요청하는 결핵 관련 사업*

* 노숙인 등 결핵검진에서 발견된 환자대상으로 응급차량지원비, 주민등록복원비, 임시주거비, 복약관리지원비(생필품·식료품 지원비, 원격복약 관련 인터넷사용료) 등 치료 지원

6. 검진단가(참고)

검사항목	분류번호	코 드	분류	단가
설문조사 등	-	-	결핵 관련 증상 및 과거력 등 사전조사, 대상자 홍보 및 교육	1,674 ¹⁾
검체수거	-	-	검체(재가 가래) 수거비	11,232 ¹⁾
흉부X선 검사	다121가	G2101006	흉부[직접]chest 1매(영상의학과전문의 판독) ³⁾	7,497 ²⁾
	-	-	흉부[직접]chest 1매 (Portable 장비, 재가와상 대상자용)	18,148 ¹⁾
결핵균 (가래) 검사	누600다	D6003001	항산성 집균도말검사(형광염색)	8,969 ²⁾
	누601가(1)	D6011001	항산균 배양 및 동정-고체배지	16,246 ²⁾
	누601가(2)	D6012001	항산균 배양 및 동정-액체배지	22,264 ²⁾
	누604나	D604201A	중합효소연쇄반응교잡반응법	58,088 ²⁾
	누604나	D604203A	항결핵약제내성결핵균검사(리팜피신)	58,088 ²⁾
	누604나	D604204A	항결핵약제내성결핵균검사(아이나)	58,088 ²⁾
	누601나(1)	D6013001	항산균약제감수성검사(10종목이상)	44,211 ²⁾
	누604다	D604301A	실시간 이중중합효소연쇄반응법-항결핵약제 내성 결핵균 검사(리팜핀)	75,306 ²⁾
	누604가	D604102A	균동정검사	48,060 ²⁾

1) 해당 항목은 공단 수가 기준이 부재하여 질병청-결핵협회가 협의하여 결정한 단가함(’23년 찾아가는 결핵검진사업 검진단가의 인상률 4% 적용)

2) ’23년 의원급 기준의 의료보험수가(국민건강보험공단) 수준임

3) 대한결핵협회 영상의학과 전문의 판독의 수행

7. 검진비용의 지급

- (검진 비용 정산) 시군구 보건소가 매월 검진 실적 검수 후 검진수탁기관에 비용지급

※ 예산 조기 소진 시, 지자체로 배정하는 국가결핵예방예산에서 집행 가능함(2024 국가결핵관리지침)

붙임 1-4 결핵검진사업 홍보 및 교육 실적 보고 서식(시·군·구 → 시·도 → 질병청)

※ 시·도에서 분기별 취합하여 제출

■ 추진 목적

○

■ 추진 개요

○ (시·도명) 000시·도

○ (추진기간) 2024년 0월

○ (대 상) 의료급여수급노인 00명, 재가와상노인 00명

○ (추진결과)

① 홍보·교육 월간 실적*

* 세부내용은 [붙임1] 참고

구 분	주요 실적							
	광고 (건/송출횟수)	언론방송 (건/보도횟수)	온라인 SNS (건/업로드횟수)	인쇄물 홍보물 배포 (건/부수)	노인 결핵검진 교육 (건/참석인원)	검진 설명회 (건/검진인원)	검진 (건/검진인원)	기타 (건)
000시·도	건	건	건	건	건	건	건	
(계)	회	회	회	부	명	명	명	
000 보건소	건	건	건	건	건	건	건	
	회	회	회	부	명	명	명	

- 1) 광고: 현수막, 배너, 검진 안내문, 전광판 등 활용
- 2) 언론, 방송: TV 방송, (지역·인터넷 등)신문 등 활용
- 3) 온라인/SNS: 시·도 및 시·군·구 홈페이지 및 블로그, SNS 등 활용
- 4) 인쇄물, 홍보물: 리플릿, 검진 참여 홍보물, 검진후 답례품 등
- 5) 노인 결핵검진 교육: 검진사업 시행 전후 검진대상자들 결핵 및 검진교육 등
- 6) 검진 설명회: 기관장 및 지역사회단체장(이·통장) 대상 검진사업 설명회 등
- 7) 검진: '24년 노인 결핵검진 검진사업 월별 현황

■ 000 결핵검진사업 지역 홍보 세부내용

구분	추진내용																		
광고	○ 00시 - 내용 : - 매체 : - 진행 건수 및 횟수 :																		
언론 /방송	○ 00시 - 내용 : - 매체 : - 진행 건수 및 횟수 :																		
온라인 /SNS	○ 00시 - 내용 : - 매체 : - 진행 건수 및 횟수 :																		
인쇄물 홍보물	○ 00시 - 내용 : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구분</th> <th style="width: 20%;">배포 물품</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000시·도</td> <td>배포 수량(계)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00시·군·구</td> <td>배포 수량</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	구분	배포 물품					000시·도	배포 수량(계)					00시·군·구	배포 수량				
구분	배포 물품																		
000시·도	배포 수량(계)																		
00시·군·구	배포 수량																		
교육	○ 00시 - 교육 내용 : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">교육 장소</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>참여 인원</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	교육 장소						참여 인원											
교육 장소																			
참여 인원																			
검진 설명회	○ 00시 - 설명회 내용 : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">설명회 장소</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>설명회 대상</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>참여 인원</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	설명회 장소						설명회 대상						참여 인원					
설명회 장소																			
설명회 대상																			
참여 인원																			
검진	○ 00시 - 검진결과 :00명 검진(흉부X선 00명, 가래 00명) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">검진 장소</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>참여 인원</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	검진 장소						참여 인원											
검진 장소																			
참여 인원																			
기타	○ 00시 - 내용 : - 매체 : - 진행 건수 및 횟수 :																		

■ 000 결핵검진사업 지역 홍보 사진

사진 첨부		
<사진 설명>		
사진 첨부		
<사진 설명>		

붙임 1-5 결핵검진사업 예산 사용 내역서 서식(시·군·구 → 시·도 → 질병청)

검진기간: 00년 00월 00일~00일

(단위: 명, 원(%))

구분	목표인원	검진인원(율)	예산총액	사용예산		예산잔액
				00월 사용액	누적 사용액(율)	
전국						
00시(도)						
00시						
00군						
00구						

붙임 1-6 결핵검진 절차 안내

■ 결핵검진 절차

○ 설문조사 작성

- 결핵 의심 증상 확인(2주 이상 기침, 흉통, 체중감소, 야간발한 등), 기저질환 등

○ 흉부X선 검사 및 실시간 영상판독

- (거점 결핵검진) 거동가능 자를 대상으로 이동검진 차량을 이용한 흉부X선 검사 실시
- (방문 결핵검진) 거동불가능자 및 거점형 결핵검진에 참여하지 않은 자를 대상으로 휴대용(Portable) 흉부X선 검사 장비를 이용한 방문형 결핵검진 실시

○ 가래검사

- 유증상자(설문조사)* 및 흉부X선 판독 결과 결핵 유소견자**를 대상으로 현장에서 가래 수거

* 유증상자 : 뚜렷한 원인 없는 2주 이상 기침 증상이 설문을 통해 확인된 경우

** 유소견자 : 흉부X선 판독 결과 결핵 의심 소견 또는 비활동성 결핵인 경우

- 자가 가래 배출 권장하고, 필요시 유도 가래 시행

※ 검사항목 : 국가결핵관리지침에 의한 가래 도말·배양·결핵균핵산증폭검사, 통상감수성검사, 신속내성검사, X-Pert MTB/RIF 검사, 균동정검사

- 자가 채담이 필요한 대상자에게는 채담방법 안내

○ 현장 가래 미수검 유증상자 및 유소견자 관리(보건소에서 수행)

- (검진수탁기관) 채담이 어려워 가래검사를 미실시한 사람을 검진 지역 관할 보건소에 통보
- (검진지역 보건소) 가래검사 미실시자에게 결핵 확진을 위한 재검 안내 및 추적관리
 - 1개월 내 가래검사 등의 추가검사를 실시하여 활동성 결핵여부 확인
 - 추가검사(가래 및 흉부CT검사)가 어려운 경우 흉부X선 재검사 및 비교 판독
 - 검사 결과 결핵환자 확진 시 즉시 신고 및 결핵 치료

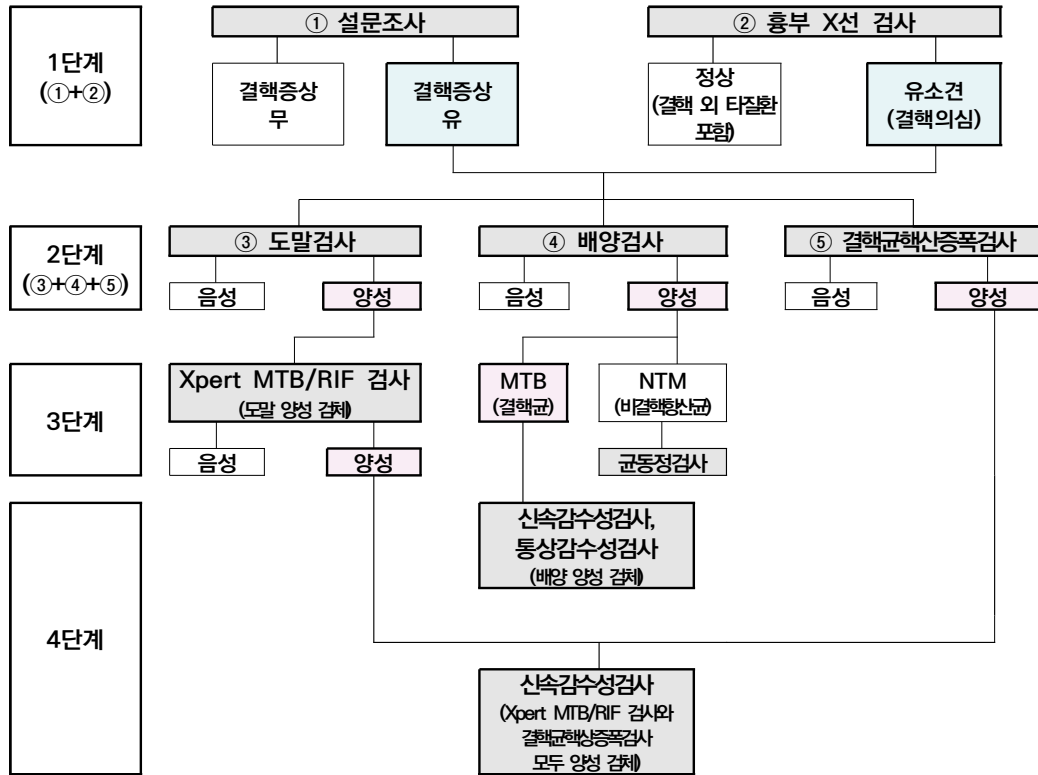
가래 수집 방법

- 대상자 : 결핵 유소견자 및 결핵 유증상자
 - ※ 채담 대상자는 ○○기관에서 별도
- 검 체 수 : 2 ~ 3개(가능한 3개를 수집하되 최소한 2개 수집 필요)
 - ※ (1회) 흉부엑스선 영상 판독결과 통보 즉시 채담(결핵 자동 진단 프로그램)
 - ※ (2회와 3회) - 재가 채담(단, 1번 이상은 아침 기상 후 즉시 채담 할 것)
- 채담장소
 - ▶ 채담 시 타인에게 결핵균 감염을 초래할 수 있어 **외부와 환기 및 통풍이 잘 되고 채광이 좋은 채담실에서 실시할 것**을 권장함
 - ※ 단, 채담실이 없으면 적절한 환기가 이루어지는 격리실에서 실시
- 채담방법

- (1) 아침 기상 후 치약을 이용한 양치질 전 채담을 한다.
- (2) 두 번 깊게 숨을 들이쉬 후 서서히 내쉰다.
- (3) 깊게 숨을 들이쉬 후 세게 숨을 내쉰다.
- (4) 깊게 숨을 들이쉬 후 기침을 하면서 채담통에 직접 가래를 뱉습니다. 이 때 침이나 콧물이 섞이지 않도록 주의한다.
- (5) 채담 즉시 냉장 보관(2~8℃)토록 하며 채담통을 휴지로 감싸서 햇빛에 노출되지 않도록 주의 한다.
 - ※ 채담통 기재사항 : 성명, 성별, 생년월일, 채담 순번(1, 2)
- (6) 대한결핵협회(검진수탁기관) 직원 방문시 채담통을 전달토록 한다.

※ 결핵 유소견자가 양질의 검사물 채취를 위해 하부기도에서 배출되는 가래를 받도록 유도하여 주시기 바랍니다.

■ **검진 프로세스(참고)**



* 사업 수행 시 검사횟수 안내

검사명	검진 대상 및 횟수
설문조사 및 흉부X선 검사	검진대상자 전체 1회 실시
도말검사	즉석 및 재가 검체를 사용하여 2회 실시
배양검사	즉석 및 재가 검체를 사용하여 액체배양, 고체배양 각각 2회 실시
결핵균핵산증폭검사(PCR)	즉석 또는 재가(즉석가래 미수거시) 검체를 사용하여 1회 실시
Xpert MTB/RIF 검사	도말검사 결과 양성인 경우 1회 실시
신속감수성 검사	배양검사 결과 양성인 경우 또는 Xpert MTB/RIF 검사와 결핵균핵산증폭 검사 모두 양성인 경우 1회 실시
통상감수성검사	배양검사 결과 양성인 경우 1회 실시
균동정검사	즉석 및 재가 검체에서 배양검사 결과 모두 양성인 경우 1회 실시

※ 본 검진 프로세스는 「2024년 찾아가는 결핵검진사업」의 원활한 추진을 위해 「국가결핵관리지침」 및 「결핵진료지침」에 근거하여 만들어졌으며 검진 상황에 따라 변동 가능

붙임 1-7 결핵 치료 및 관리

※ 결핵 치료의 기본사항은 「국가결핵관리지침」과 「결핵진료지침」을 따름

■ **결핵 치료 사항**

○ (내 용) 결핵환자 최종진단 후 치료 실시 및 치료 결과 등록·관리

○ (절 차)

1) **결핵 최종 진단**

- 보건소를 방문한 결핵 유소견자에게 추가 검사* 시행

* 가래 도말, 배양, 결핵균핵산증폭검사, X-pert검사(단, 결핵균핵산증폭검사 양성자에 한하여 X-pert 추가 시행) 등 결핵 확진을 위해 필요한 추가 검사 시행

- 결핵 진단 시 질병보건통합관리시스템을 통해 신고

2) **치료 전 검사 및 사전문진**

- 치료 전 병력 청취를 통해 항결핵제에 의한 부작용 발생 위험을 평가하고 시력 검사 등의 기저 검사 시행

- 치료 전에 일반혈액검사, 간기능검사, 신장기능검사 등을 확인하고 가임 여성의 경우 임신 여부 확인

3) **치료관리 실시**

- 표준 결핵 치료 방법에 따라 치료 실시하고, 치료 종료 시까지 매달 주치의 진료와 추구 검사 실시

① **치료 방법**

· 결핵 초치료 표준처방 : 2HREZ, 4HR(E)

* 약제감수성 결과 이소니아지드 및 리팜핀에 감수성 결핵으로 확인된 경우에는 치료 2개월 후부터 에탐부톨의 중단 고려

* 결핵 초치료 환자에서 치료 시작 시 흉부X선에서 공동이 있고, 치료 2개월 후 시행한 가래 배양이 양성인 경우에는 유지 치료 기간의 연장고려

② **추구 검사**

(가래검사 및 약제 감수성 검사)

· 결핵균 양성(도말 혹은 배양 양성) 폐결핵 환자의 경우, 치료 시작 후 도말과 배양 검사가 2회 연속 음성이 나올 때까지 매달 가래 도말 및 배양 검사를 시행하며 치료 종결 시점에 마지막 가래검사 시행

- 임상적으로 치료 실패가 의심되는 경우 가래 도말 및 배양 검사 추가 시행
- 치료 시작 시 얻은 배양 양성 결핵균에 대해 약제 감수성 검사 시행
- 치료 실패 시 얻은 배양 양성 결핵균에 대해 약제 감수성 검사 추가 시행

(흉부X선 검사)

- 흉부X선 검사 단독으로 치료 반응을 평가하지 않음

○ (치료 비순응자 관리)

- 대상 : 균 양성*으로 판정된 병력이 있는 호흡기 결핵환자 중 다음과 같은 사유로 치료기관에서 관할 보건소로 비순응 환자관리를 요청한 경우
 - * 가래 도말검사, 배양검사, 결핵균핵산증폭검사 검사 결과 양성인 경우
- 수약 불협조자 또는 불규칙한 투약자
- 치료중단 또는 연락두절 환자
 - * 등록환자가 치료 도중 1개월 이상 지속적으로 수약하지 않은 경우
- 거동장애, 독거노인, 치매 등 보건소(병의원) 방문이 어려운 환자
- 기타(진료의사가 치료 비순응의 위험성이 커서 보건소와 협력 관리가 필요하다고 판단되는 환자)
- 담당 : 환자의 주민등록주소지 보건소
- 기관별 역할
 - (치료기관) 의료기관 또는 보건소는 치료 비순응 환자에 대해 주민등록주소지 보건소로 '비순응 환자관리' 요청
 - * 질병보건통합관리시스템 [결핵관리 > 결핵환자관리 > 환자관리 > 등록(비순응 의뢰)]를 통해 환자의 주민등록주소지 보건소로 비순응 관리 의뢰(등록)
 - * 비순응 의뢰 및 등록 시 횟수 제한 없음
 - (보건소) '비순응 환자관리' 요청을 받은 환자에 대해 연락을 취하여 치료를 독려하고 그 밖의 문제 해결 방안 모색 등 관리 시행
 - (시·도) 비순응 환자관리 현황 모니터링

붙임 1-8 추적관리대상자 명단 안내 서식(시·도 → 시·군·구 → 검진수탁기관)

■ 추적관리대상자 명단

연번	검진구분	검진일	검진장소		이름	주민등록번호
			시설명 및 주소	상세 구분		
1	노인 검진	00.00.00	000요양원	000호	000	000000-0000000
2	노숙인 등 검진	00.00.00	000 노숙시설	000호	000	000000-0000000
3	노인 검진	00.00.00	00시 00구 00동(읍면동)	000-00번지	000	000000-0000000

붙임 1-9

검진수탁기관 개인정보처리 교육, 관리·감독 계획 (질병청, 시·도 → 검진수탁기관)

1. 개요

계약기관명과 검진수탁기관명 간 체결한 「2024년 찾아가는 결핵검진사업」의 검진자 개인정보 관리를 위해 수탁자 교육, 감독 계획을 수립

* 관련근거: 개인정보보호법 제26조 제4항

2. 교육 계획

전산 용역 사업의 특성상 집합교육이 어려우므로 개인정보보호 종합지원 포털(www.privacy.go.kr)의 사이버 교육 이수로 대체

- 교육대상: 사업 참여 인력 전원
- 교육항목: ① 개인정보 안전성 확보조치, ② 개인정보보호법 이해하기, ③ 업무용 PC에서 개인정보 보호조치 설정하기
- 교육이수확인: 온라인 교육수료증* 제출

* 온라인 교육 수료증은 당해 연도 교육 수료 시에만 인정

3. 감독 계획

- 사업 참여 인력 전원에 대한 다음의 확인서 징구
 - ① 사업 계약 시 보안서약서
 - ② 사업 종료 시 누출금지정보파기확인서
 - 위탁업체의 개인정보 관리실태 현황 점검
 - 점검자: 000기관 담당자 000
 - 점검방법: 현장 점검(검진수탁기관 사무실)
 - 점검내용: 정보통신 보안·개인정보보호 체크리스트
 - 점검일정: 00월 중(사업 중반), 사업 종료 후
- * 세부 점검 일정은 업체와 협의 후 변경 가능

4. 위탁용역기관 정보통신보안·개인정보보호 체크리스트

위탁용역기관 정보통신보안·개인정보보호 체크리스트		
번호	점검 항목	결과 (O/X)
1	[개인정보보호관리자 지정]	
	1) 개인정보보호책임자는 지정되어 있는가?	
	2) 보안장치취급자는 지정되어 있는가?	
	3) 개인정보문서관리자는 지정되어 있는가?	
2	[담당자 교육]	
	개인정보보호 교육계획을 수립하여 시행하고 있는가?	
3	[개인정보 활용]	
	재위탁을 하거나 위탁 목적 외로 개인정보를 활용하지 않는가?	
4	[PC접근성 관리]	
	1) 개인정보가 관리되는 PC, 시스템에 비인가 프로그램(P2P, 웹하드) 등의 접속을 차단 하는가?	
	2) 개인정보에 접근할 수 있는 접근자를 제한하고, 개인정보 취급에 따른 이력관리를 수행 하는가?	
	3) 고유식별정보에 대하여 암호화 조치를 수행하는가?	
	4) 개인정보파일 및 해당 개인정보에 접근하는 PC 및 시스템에 패스워드를 설정하여 관리하는가?	
5	[개인정보 취급 과정에서 발생한 출력물 및 임시파일]	
	1) 개인정보 취급 과정에서 발생한 출력물은 잠금장치가 있는 보관함에 보관하는가?	
	2) 개인정보 취급 과정에서 발생한 출력물 및 임시파일을 과제완료 후, 삭제하는가?	

붙임 1-10 결핵안심벨트 지원사업 안내(국립중앙의료원)

■ 사업 개요

사업명	취약계층 결핵환자 지원사업(결핵안심벨트 지원사업)
사업형태	결핵 민간위탁사업(국비 100%)
사업기간	2024년 계약체결일부터 ~ 12월 31일(계속사업)
사업수행기관	국립중앙의료원 ※ 사업참여기관(총 15개소): 국립중앙의료원, 국립마산병원, 국립목표병원, 서울특별시 서북병원, 충청북도 청주의료원, 경기도의료원 수원병원, 부산광역시의료원, 인천광역시의료원, 제주특별자치도 제주의료원, 대구의료원, 성남의료원, 제주특별자치도 서귀포의료원, 충청남도 공주의료원, 강원도 원주의료원, 전라남도 순천의료원
주요내용	결핵안심벨트 협약기관 간 협력체계를 구축하여 사회·경제적으로 취약한 결핵 환자를 대상으로 치료비, 간병인, 이송비, 영양간식, 위탁진료비(동반 질환) 등 다양한 통합서비스를 제공함으로써 치료 성공률 향상 및 결핵균 전파 차단('14년 3월~)

■ 사업 지원 내용

- 지원 대상자 범위
 - 연도별 건강보험 기준중위소득 120% 이하인 자
 - 의료급여, 차상위계층, 건강보험 미가입자(노숙인, 무자격체류외국인) 등
- 지원 세부 내용
 - 각종 의료보험 혜택을 받지 못하고 경제적 어려움으로 결핵 치료를 받지 못하는 환자의 치료비 지원
 - 취약계층 결핵환자 중 주치의 판단 아래 근접 관찰 필요한 환자의 간병인 지원
 - 결핵균 차단을 위해 결핵안심벨트 지원기관 취약계층 이송비 지원
 - 영양결핍상태의 입원 중인 결핵환자를 위한 결핵전문기관의 영양간식 지원
 - 국가결핵병원 취약계층 협약기관 위탁진료 본인부담금 지원
 - 결핵 및 합병증 등으로 인한 수술 및 치료 협력체계 구축

■ 사업 지원대상자 신청 문의처

- 국립중앙의료원 결핵안심벨트사무실: 02-2276-2370
 - ※ 결핵안심벨트 지원사업의 참여기관 상황에 따라 지원 대상자 선정 및 지원 내용이 상이하므로, 관찰 지자체 담당자는 우선으로 자세한 사항을 안내받으시기 바랍니다.

붙임 1-11 시니어 결핵환자 복약지원 사업 안내(대한결핵협회)

■ 사업 개요

사업명	시니어 결핵환자 복약관리지원 사업
사업형태	대한결핵협회 기부금모금사업
사업기간	2024년 1월 1일 ~ 12월 31일(계속사업)
사업주관기관	대한결핵협회
주요내용	<ul style="list-style-type: none"> • 취약계층 노인 결핵환자 치료성공률 제고를 통해 사망률 및 내성 결핵 감소 및 비순응 노인 결핵환자 감소 및 복약 중도 탈락 방지와 지역사회 결핵전파 차단 • 관할보건소에 신고된 65세이상 결핵환자 중 기초생활수급자, 차상위계층, 독거노인 등을 복약 지도 및 관리, 복약을 확인하는 통합관리 수행

■ 사업 지원 내용

- 지원 대상자 범위
 - 관할보건소에 신고된 65세이상 결핵환자
 - 기초생활수급자, 차상위계층, 독거노인, 비순응 결핵환자
 - 의뢰서 및 신청서(구비서류 포함)첨부 대한결핵협회 대상자 선정
- 지원 세부 내용
 - 사업안내 및 대상자 자택방문 및 면담실시
 - 치료종료까지 원격화상복약확인기기를 통한 복약관리 및 결핵상담, 건강관리서비스 제공
 - 복약 80%(1달 기준)확인 대상자에 대해 생필품 또는 식료품 지원
 - 진료동행
 - 주거환경 및 생활개선(취약성평가 후 대상자에 한함)
 - 그 외 지역사회 제공 서비스 연계

■ 사업 지원대상자 신청 문의처

- 대한결핵협회(의료사업팀): 02-2085-0064



노인 대상 결핵검진 서식

붙임 2-1. 65세 이상 노인 현황	68
붙임 2-2. 노인 결핵검진 실적 보고 서식	71
붙임 2-3. 노인 결핵검진 사업 수요조사 서식	73
붙임 2-4. 노인 결핵검진 안내문	74
붙임 2-5. 개인정보 수집·이용 동의서	75
붙임 2-6. 노인 결핵검진 설문조사표	76
붙임 2-7. 결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(검진자용)	78



붙임 2-1 65세 이상 노인 현황

■ 65세 이상 노인 대상 지역사회 돌봄 사업

구분	보건의료서비스	건강·예방 서비스	요양·재활서비스	복지서비스
프로그램명	지역사회 방문 진료수가 사업	방문 건강관리 서비스	이동지원서비스/통합재가사업	독거노인보호사업
	일차의료 만성질환관리 사업	방문간호	방문 요양·목욕 사업	노인돌봄종합서비스/단기 가사서비스
	요양병원 환자지원제도 (통합 환자 평가 및 지역사회 연계)	전문 영양실 시범사업	장애인보장구/복지용구	케어안심주택 운영지원/안심생활지원
	장애인 건강주치의 사업	장애 친화 건강검진기관	주·야간/단기보호 서비스	취약계층 건강권 증진사업/ 노인 무릎인공관절 수술 지원
	가정간호	지역 장애인 보건의료센터	장애인 지역사회중심 재활지원	돌봄 가족 지원/가족 상담지원 사업
	가정형 호스피스	정신건강 사례 관리	장애인 직업재활 지원	치매 공공후견서비스/ 학대피해 장애인 회복지원
	요양 의사 촉탁 의사 활동	올바른 약물이용 사업	발달재활서비스	장애인 활동지원/ 발달장애인 주간활동서비스
			회복기 재활 의료기관 사업	재가의료급여 사례관리 시범사업

자료원 : 국민건강보험공단

■ 지역사회 노인 돌봄 프로그램 현황

제공 기관	서비스명	이용인원	서비스제공 대상	비고
국민건강 보험공단	재가노인 지원 서비스	-	<ul style="list-style-type: none"> 장기요양수급자나 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자(이용자로부터 이용비용의 전부를 수납 받아 운영하는 시설의 경우에는 60세 이상의 자 한다)로서 다음 각 호에 해당하는 자 	
한국건강 증진 개발원	통합건강 증진사업 (방문건강 관리)	방문건강관리 서비스를 이용하고 있는 65세 이상 노인 130만명	<ul style="list-style-type: none"> 경제적 기준 : 기초생활보장 수급자, 차상위 계층, 건강보험 하위 20% 연령기준 : 만 65세 이상 독거 노인가구, 75세 이상 노인부부 가구 등 * 노인 장기요양등급 판정결과1~5등급자는 서비스 제공 대상에서 제외 ※ 단, 지자체 상황에 따라 서비스 제공가능 	<p>[대상자 특성]</p> <ul style="list-style-type: none"> 집중관리군: 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상조절이 안 되는 경우(3개월 이내 8회 이상 방문) 정기관리군: 건강위험요인 및 건강문제가 있고 증상이 있으나 조절이 되는 경우(3개월마다 1회 이상 방문) 자기역량지원군: 건강위험요인 및 건강 문제가 있으나 증상이 없는 경우(6개월마다 1회 이상 방문) ※ 군별 세부사항은 지역보건의료 정보 시스템(PHIS) 군분류 조건과 동일함
	노인돌봄 종합 서비스	-	<ul style="list-style-type: none"> 65세 이상의 노인(단기가사의 경우 독거노인 또는 고령(만 75세 이상) 부부 노인가구) 중 가구소득, 건강상태 등을 고려하여 돌봄서비스가 필요한 대상자 선정 	
독거노인 종합지원 센터	노인돌봄 기본 서비스	혼자 거주하고 있는 65세 이상 노인 28만명	<ul style="list-style-type: none"> 주민등록상 거주지와 동거자 유무에 상관없이 실제 혼자 살고 있는 65세 이상 노인 <ul style="list-style-type: none"> - 일상적 위험에 매우 취약하여 정기적인 안전 확인이 필요한 경우 - 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준이 열악하여 노인 관련 보건복지서비스 지원이 필요한 경우 - 안전 확인이 필요한 대상은 아니지만 정기적인 생활상황 점검 및 사회적 접촉기회 제공이 필요한 경우 	

자료원 : 2021년도 보건복지 사업 안내

■ 65세 이상 의료급여 수급 노인 및 장기요양급여수급 노인 이용 시설 현황

시설분류	시설명	수용인원	시설수	이용인원	결핵검진 의무실시 여부	입소대상
노인주거 복지시설	양로시설	10인 이상	209	11,619	연 1회 이상	<ul style="list-style-type: none"> • 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 일상생활에 지장이 없는 자 가. 「국민기초생활보장법」 제2조에 따른 수급권자(이하 “기초수급권자”라 한다)로서 65세 이상의 자나, 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자다. 본인 및 본인과 생계를 같이 하고 있는 부양의무자의 월 소득을 합산한 금액을 가구원 수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액이 통계청장이 통계법 제17조제3항에 따라 고시하는 전년도의 도시근로자 가구 월평균 소득을 전년도의 평균 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액 이하인 자(이하 “실비보호대상자”라 한다)로서 65세 이상의 자
	노인공동생활가정	9인 이하	107	953		
	노인복지주택	30세대 이상	36	7,925		
재가노인 복지시설	주·야간보호 서비스	25인 이하	2,321	72,639	미실시	<ul style="list-style-type: none"> • 장기요양수급자나 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자(이용자로부터 이용비용의 전부를 수납 받아 운영하는 시설의 경우에는 60세 이상의 자로 한다)로서 다음 각 호에 해당하는 자
	단기보호서비스	기관기준	73	956		
	재가노인지원 서비스	기관기준	385	-		
	재가노인지원센터	기관기준	-	-		
	공립요양병원 치매안심센터	20~30병상 이상	-	-		<ul style="list-style-type: none"> • 치매 판정자

자료원 : 2021년도 노인보건복지 사업 안내, 2021년도 노인복지시설 현황

- 최근 3년 결핵역학조사가 수행된 시설 우선 검진, 발생 조사 사례가 없었던 시군구는 지자체 상황을 고려하여 검진 시설 선정

붙임 2-2 노인 결핵검진 실적 보고 서식(검진수탁기관 → 질병청)

■ 지역별 실적보고

구분	목표 (명)	달성률 (%)	검진 기간	검진인원(명)					양성자(명)			추적관리 대상자	결핵 환자
				계	흉부 X선 검사	가래검사			도말	배양	PCR		
						대상자		검진자					
						계	유소견자						
전국			누적										
			주간										
00시 (도)			누적										
			주간										
00시			누적										
			주간										
00군			누적										
			주간										
00구			누적										
			주간										

■ 대상별 실적보고

구분	목표 (명)	달성률 (%)	검진현황(명)			추적관리대상자	결핵 환자
			계	흉부X선검사	가래검사		
계							
최우선순위 소계							
00							
00							
차순위 소계							
00							
00							

■ 연령별 실적보고

구분	목표 (명)	달성률 (%)	검진 기간	검진인원(명)					양성자(명)			추적 관리 대상자	결핵 환자
				계	흉부 X선 검사	가래검사			도말	배양	PCR		
						대상자		검진자					
						계	유소견자						
전국			누적										
			주간										
65세미만			누적										
			주간										
65~69세			누적										
			주간										
70~74세			누적										
			주간										
75~79세			누적										
			주간										
80세이상			누적										
			주간										
00시(도)			누적										
			주간										
65세미만			누적										
			주간										
65~69세			누적										
			주간										
70~74세			누적										
			주간										
75~79세			누적										
			주간										
80세이상			누적										
			주간										

붙임 2-3 노인 결핵검진 수요조사 서식(시·군·구 → 시·도 → 질병청)

■ 노인 결핵검진 수요조사 서식

※ 공문에 첨부된 엑셀 서식에 작성
(단위 : 명)

시·도	시·군·구	총 검진인원 (A)	최우선 순위 검진대상자 계 (B)	재가와상 노인 (1)	의료급여 수급 노인 (기초생활 수급권자) (2)	차순위 검진 대상자 계 (C)	독거 노인 (3)	차상위 계층 노인 (4)	기타 (5)
총 계									
000도	소 계								
	00시								
	00군								
	00구								

1) 총 검진인원(A) = 최우선순위 검진대상자 계(B) + 차순위 검진대상자 계(C)

2) 최우선순위 검진대상자 계(B) = 재가와상 노인(1) + 의료급여 수급 노인(2)

* 노인 장기요양급여 3·4·5등급 판정자(재가와상 노인) 중 의료급여 수급을 받는 경우 재가와상으로 분류

3) 차순위 검진대상자 계(C) = 독거노인(3) + 차상위계층 노인(4) + 기타(5)

붙임 2-4 노인 결핵검진 안내문(검진수탁기관 → 검진자)

- 결핵검진 안내문 -

주민 여러분들께
안녕하십니까? ○○시·군·구 보건소장입니다.

결핵은 기침, 대화 등을 통해 공기 중으로 감염되는 질환입니다.
65세 이상 어르신들은 면역력이 약해 결핵이 쉽게 생길 수 있지만, 기침 등 결핵 증상이 잘 나타나지 않아 결핵을 빨리 발견하기 어려운 경우가 많습니다.

이에, ○○시·군·구 보건소에서는 65세 이상 어르신들 대상으로 결핵검진을 실시하여 결핵을 빨리 발견·치료하고자 합니다.

○○ 기관에서 직접 방문해 결핵검진을 실시할 예정이오니, 적극적인 검진 참여를 부탁드립니다.

* 거동이 불편하신 어르신들에 대해서는 이동식(휴대용) 결핵검사 장비로 검사를 실시

- 일 시 : 2024년 ○월 ○일 (○시 ○분 ~ ○시 ○분까지)
- 검진항목 : 흉부엑스선검사(결핵 및 각종 폐질환) 등
- 대 상 자 : 65세 이상 의료급여 수급 및 노인 장기요양급여등급 판정자
- 준 비 물 : 신분증 지참
- 검진비용 : 무료
- 검진장소(시설명) : ○○○

※ 식사여부와 관계없으니, 식사를 하셔도 됩니다.

○○시·군·구 보건소장

붙임 2-5 개인정보 수집·이용 동의서(검진수탁기관 → 검진자)

개인정보 수집·이용 동의서

결핵환자를 조기에 발견·치료하여 결핵 전파를 예방하기 위하여 만 65세 이상 어르신들을 대상으로 결핵검진을 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 결핵검사 및 개인정보 수집·이용 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵검진에 제한을 받을 수 있습니다.

[안내 사항]

- 검진 결과는 검사 후 30일 이내에 핸드폰 연락처로 개별적으로 통지하며, 수검자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.

* 흉부X선 검사 외 추가 검사(가래 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 30일 이후에 통보 될 수 있습니다.

- 검진 결과는 핸드폰 연락처로 통보하므로 본인의 연락처를 정확히 기재하여 주시기 바랍니다.

○ 개인정보 수집·이용 목적

결핵 예방관리(예방교육, 상담, 건강관리를 위한 서비스 제공) 및 사업 평가

○ 개인정보 수집 항목

(필수) 성명, 성별, 주소, 연락처

○ 개인정보 보유 기간 : 준영구

○ 수집 동의 및 불이익

동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부하실 경우 결핵검진을 실시할 수 없습니다.

※ 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(의료보험 종별, 장기요양등급, 건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

■ 동의함 ■ 동의하지 않음

위의 사항을 확인합니다.

년 월 일

본인 성명 : (서명 또는 인)

대리인 성명 : (서명 또는 인)

붙임 2-7 결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(개인용) (검진수탁기관 → 검진자)

결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(개인용)

- 촬영번호: NO.
- 성 명:
- 성 별: 남 / 여
- 생년월일: 년 월 일
- 검진일: 년 월 일
- 검진장소: _____

〈 판 독 결 과 〉

정상	결핵의심	비활동성결핵	타질환	판독불능 (재촬영)	기타 (수기입력)
가래검사 대상자					

※ 흉부X선 검사 결과 “정상”이더라도, 2주 이상 기침 증상이 있는 경우 가래검사 대상자입니다.

판독소견	구분	내용
	설명	
	조치	

〈참고 사항〉

- ※ 65세 이상 어르신인 경우 증상에 관계없이 매년 1회 결핵검진을 권고합니다.
- ※ 2주 이상 기침 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

확 인 일: 년 월 일

확 인 자:



노숙인 등 결핵검진 서식

붙임 3-1. 노숙인 등 결핵검진 홍보물	80
붙임 3-2. 노숙인 등 결핵검진 수요조사 서식	81
붙임 3-3. 노숙인 등 결핵검진 안내문	82
붙임 3-4. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서	83
붙임 3-5. 노숙인 등 결핵검진 설문조사표	84
붙임 3-6. 결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(개인용)	86
붙임 3-7. 결핵검진 결과 통보서(시설용)	87
붙임 3-8. 노숙인 등 결핵검진 실적 보고 서식	88
붙임 3-9. 거리노숙인 위기관리 사업 안내(보건복지부)	90
붙임 3-10. 전국 노숙인 등 시설 주소 및 연락처	91
붙임 3-11. 무자격체류자 검진 관련 서식(검진동의서, 22개국 번역) ..	104
붙임 3-12. 무자격체류자 검진 관련 서식(설문조사표, 29개국 번역) ..	126
붙임 3-13. 무자격체류자 검진 관련 서식(결과통보서, 21개국 번역) ..	155



붙임 3-1 노숙인 등 결핵검진 홍보물(질병청 → 시·도 및 시·군·구)

* 자료원 : 2023년 노숙인 등의 복지사업 안내(보건복지부)

■ 연도별 노숙인 등 현황

(단위 : 명)

연도	2016년	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
합계(A+B)	16,698	16,533	16,465	16,516	14,866	13,738
노숙인(A)	10,645	10,828	10,801	10,875	9,470	8,772
거리노숙인	969	862	895	1,246	1,241	1,184
일시보호시설	798	994	1,047	1,173	555	421
자활·재활·요양시설	8,878	8,972	8,859	8,456	7,674	7,167
쪽방거주자(B)	6,053	5,705	5,664	5,641	5,396	4,966

■ 시·도별 노숙인 등 현황(2021년 말 기준)

(단위 : 명)

구분	합계(A+B)	노숙인(A)	거리노숙인	일시보호시설	자활시설	재활요양시설	쪽방거주자(B)
계	13,738	8,772	1,184	421	1,089	6,078	4,966
서울	5,360	2,877	552	265	496	1,564	2,483
부산	1,576	657	103	29	51	474	919
대구	1,475	804	106	15	87	596	671
인천	986	565	117	-	25	423	421
광주	108	108	16	4	13	75	-
대전	719	247	30	8	86	123	472
울산	29	29	3	-	26	-	-
세종	88	88	-	6	-	82	-
경기	761	761	157	21	207	376	-
강원	238	238	40	6	20	172	-
충북	619	619	8	-	11	600	-
충남	53	53	25	6	22	-	-
전북	228	228	8	3	44	173	-
전남	618	618	2	5	-	611	-
경북	304	304	8	-	1	295	-
경남	437	437	9	45	-	383	-
제주	139	139	-	8	-	131	-

붙임 3-2 **노숙인 등 결핵검진 수요조사 서식(시·군·구 → 시·도 → 질병청)**

※ 공문에 첨부된 엑셀 서식에 작성

시·도	시·군·구	대상 구분 (1)	시설 구분 (2)	시설명 (3)	총 검진 인원	검진대상자 (노숙인·쪽방거주자· 무자격체류자)	비고	
								총계
00 시/도	시·도	총계			.	.	.	
		거리	계			.	.	.
			급식			.	.	.
			진료			.	.	.
			종합			.	.	.
			일시			.	.	.
		시설	자활			.	.	.
			재활			.	.	.
			요양			.	.	.
			쪽방	쪽방		.	.	.
	무자격		무자격		.	.	.	
	00시	총계			.	.	.	
		거리	급식	00시설	.	.	.	
			진료	00시설	.	.	.	
			종합	00시설	.	.	.	
			일시	00시설	.	.	.	
			기타	000	.	.	.	
		시설	자활	00시설	.	.	.	
			재활	00시설	.	.	.	
			요양	00시설	.	.	.	
쪽방			쪽방	00읍	.	.	.	
	쪽방		00면	.	.	.		
무자격	무자격	00시설	.	.	.			

- (1) 대상 구분(노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률 제2조(정의), 2023 출입국·외국인정책 통계연보)
 - 거리 노숙인 : 상당한 기간 동안 일정한 주거 없이 생활하는 사람
 - 시설 노숙인 : 노숙인시설을 이용하거나 상당한 기간 동안 노숙인시설에서 생활하는 사람
 - 쪽방 거주자 : 상당한 기간 동안 주거로서의 적절성이 현저히 낮은 곳에서 생활하는 사람
 - 무자격체류자 : 출입국관리법 제12조 및 제25조의 규정에 따라 허가받은 체류기간이 만료되었으나 출국하지 아니한 외국인
- (2) 시설 구분 : 급식(노숙인급식시설), 진료(노숙인 진료시설), 종합(노숙인 종합지원센터), 일시(노숙인 일시보호시설), 기타(언급된 시설에 모두 해당하지 않은 경우), 자활(노숙인 자활시설), 재활(노숙인 재활시설), 요양(노숙인 요양시설), 쪽방(쪽방상담소 또는 읍면동)
- (3) 시설명 기입은 1개 시설당 1행씩 작성하며, 시설명, 시설주소, 시설연락처 등 현황은 「2023년 노숙인 등의 복지사업 안내(보건복지부)」 참고

붙임 3-3 **노숙인 등 결핵검진 안내문(검진수탁기관 → 검진자)**

- 결핵검진 안내문 -

주민 여러분들께
안녕하십니까? ○○시·군·구 보건소장입니다.

결핵은 기침, 대하 등을 통해 공기 중으로 감염되는 질환입니다.
우리나라는 2022년 한 해 동안 20,383명 결핵환자가 발생하였고 1,322명이 결핵으로 사망
하였습니다. 결핵은 면역력이 약해지면 쉽게 생길 수 있지만, 기침, 가래 등 결핵 증상이 잘
나타나지 않아 결핵을 빨리 발견하기 어려운 경우가 많습니다.

이에, ○○시·군·구 보건소에서는 결핵감염 취약계층 대상으로 결핵검진을 실시하여 결핵을
빨리 발견·치료하고자 합니다.

○○ 기관에서 직접 방문해 결핵검진을 실시할 예정이오니, 적극적인 검진 참여를 부탁드립니다.

* 거동이 불편하신 분들에 대해서는 이동식(휴대용) 결핵검사 장비로 검사를 실시

- 일 시 : 2024년 ○월 ○일 (○시 ○분 ~ ○시 ○분까지)
- 검진항목 : 흉부엑스선검사(결핵 및 각종 폐질환) 등
- 대 상 자 : 결핵감염 취약계층
- 준 비 물 : 신분증 지참
- 검진비용 : 무료
- 검진장소(시설명) : ○○○

※ 식사여부와 관계없으니, 식사를 하셔도 됩니다.

※ 검진 참여시 소정의 답례품을 드립니다.

○○시·군·구 보건소장

붙임 3-4 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(검진수탁기관 → 검진자)

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

결핵환자를 조기에 발견·치료하여 결핵 전파를 예방하기 위하여 결핵검진을 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 결핵검사 및 개인정보 수집·이용 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵검진에 제한을 받을 수 있습니다.

[안내 사항] 검진 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수검자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.

* 흉부X선 검사 외 추가 검사(가래 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보 될 수 있습니다.

■ 개인정보 수집·이용 내역

개인정보 수집·이용목적	개인정보 수집 항목	개인정보 보유기간
결핵 예방관리(예방교육, 상담, 건강관리를 위한 서비스 제공) 및 사업 평가	성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 종별, 입소연도	준영구

○ 수집 동의 및 불이익 : 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부하실 경우 결핵검진을 실시할 수 없습니다.

※ 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별 정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

■ 개인정보 제3자 제공 내역(결핵검진 결과 '유소견'인 경우에만 해당)

개인정보 제공받는 기관	개인정보 제공 목적	개인정보 제공 항목	개인정보 보유기간
유소견자가 이용하는 해당 노숙인 이용시설 및 생활시설*	결핵 유소견자 및 결핵 환자 건강관리	성명, 성별, 주소, 연락처, 결핵검진결과	제공일로부터 1년

* 시설명 안내 : 「노숙인 등의 복지사업 안내(보건복지부)」노숙인시설 현황 참고

○ 제공 동의 및 불이익 : 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 제공 동의를 거부하실 경우 결핵 검진을 실시할 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

위의 사항을 확인합니다.

년 월 일

본인 성명 : (서명 또는 인)

대리인 성명 : (서명 또는 인)

3. 과거에 활동성 결핵을 진단 받은 적이 있습니까?

없음 (4번 문항으로) 있음 (3-1번 문항으로) 모름 (4번 문항으로)

3-1. 최초 진단받은 연도(3-2번 문항으로) ()년

3-2. 결핵을 진단받고, 치료를 받으셨습니까?

예(완료 중단) 아니오(미치료) 모름

4. 현재 앓고 있는 질환이 있습니까? (중복 표시 가능)

없음

있음

당뇨병

암 (종류 :)

알콜중독

위·장절제 등

스테로이드 복용

만성신부전

TNF 길항제 사용자

규폐증

면역억제제복용

HIV

기타()

모름

5. 현재 흡연을 하십니까?

없음

있음. 지금은 끊었음

있음. 현재도 흡연중

6. 현재 음주를 하십니까?

음주안함 (설문조사 종료)

음주함

감사합니다.

붙임 3-6 결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(개인용)(검진수탁기관 → 검진자)

결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(개인용)

- 촬영번호 : NO.
- 성 명 :
- 성 별 : 남 / 여
- 생년월일 : 년 월 일
- 검진일 : 년 월 일
- 검진장소 :

< 판 독 결 과 >

정상	결핵의심	비활동성결핵	타질환	판독불능 (재촬영)	기타 (수기입력)
가래검사 대상자					

※ 흉부X선 검사 결과 “정상”이더라도, 2주 이상 기침 증상이 있는 경우 가래검사 대상자입니다.

판독소견	구분	내용
	설명	
	조치	

<참고 사항>

※ 2주 이상 기침 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

확 인 일 : 년 월 일

확 인 자 :

붙임 3-7 결핵검진 결과 통보서(시설용)(검진수탁기관 → 노숙인시설)

결핵검진 결과 통보서(노숙인시설용)

결핵검진 결과 통보서(노숙인시설용)

[기본정보]

시·도명	시·군·구명	기관명	검진일	검진인원			비고
				계	남	여	

[검진자 명단]

순번	성명	성별	생년월일	결핵 유증상자	판독결과 (※아래 참고)	객담검사 대상자	객담검사 결과			비고
							도말	배양	PCR	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

※ 대상별 조치 사항

- 추적관리대상자: 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부X선 검사) 실시
- 결핵환자: 보건소 또는 의료기관 치료 실시

〈참고 사항〉

※ 2주 이상 기침 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

확 인 일: 년 월 일

확 인 자:

붙임 3-8

노숙인 등 결핵검진 실적 보고 서식
(검진수탁기관 → 질병청, 시·도 및 시·군·구)

■ 지역별 실적보고

구분	목표 (명)	달성률 (%)	검진 기간	검진인원(명)					양성자(명)			추적 관리 대상자	결핵 환자
				계	흉부 X선 검사	가래검사			도말	배양	PCR		
						대상자		검진자					
						계	유소견자						
전국			누적										
			주간										
00시 (도)			누적										
			주간										
00시			누적										
			주간										
00군			누적										
			주간										
00구			누적										
			주간										

■ 대상별 실적보고

구분	목표 (명)	달성률 (%)	검진현황(명)			추적관리 대상자	발견환자
			계	흉부X선검사	가래검사		
계							
거리노숙인							
시설노숙인							
쪽방거주자							
무자격체류자							

■ 연령별 실적보고

구분	목표 (명)	달성률 (%)	검진 기간	검진인원(명)					양성자(명)			추적 관리 대상자	결핵 환자
				계	흉부 X선 검사	가래검사			도말	배양	PCR		
						대상자		검진자					
						계	유소견자						
전국			누적 주간										
50세미만			누적 주간										
50~54세			누적 주간										
55~59세			누적 주간										
60~64세			누적 주간										
65~69세			누적 주간										
70~74세			누적 주간										
75~79세			누적 주간										
80세이상			누적 주간										
00시(도)			누적 주간										
50세 미 만			누적 주간										
50~54세			누적 주간										
55~59세			누적 주간										
60~64세			누적 주간										
65~69세			누적 주간										
70~74세			누적 주간										
75~79세			누적 주간										
80세이상			누적 주간										

붙임 3-9 **거리노숙인 위기관리 사업 안내(보건복지부)**

* 자료원 : 2023년 노숙인 등의 복지사업 안내(보건복지부)

■ **사업 개요**

사업명	거리노숙인 위기관리사업
사업형태	지자체경상보조(서울 50%, 지방 70%)
사업기간	2024년 1월 1일 ~ 12월 31일(계속사업)
사업수행기관	전국 노숙인종합지원센터 * 노숙인복지법 시행규칙(제22조) 상 노숙인종합지원센터의 역할로 규정
주요내용	거리노숙인 대상 시설·병원연계·주거비 지원, 사례관리 등을 위해 알코올 정신질환, 결핵 등 기타 질환을 앓고 있는 노숙인에 대한 상담 및 정신과전문의, 내과전문의 등의 진단과 진단·상담에 근거하여 입원 치료, 노숙인시설 입소 연계·주거비 지원 등을 수행

■ **사업 지원 내용**

- 근로능력이 있는 거리노숙인에게 일자리, 주거 등 연계 지원
 - 노숙인 맞춤형 자활·재활 프로그램사업을 통한 자활·자립 기반 조성
- 알코올중독·정신질환·결핵 노숙인은 병원입원, 시설입소 등 필요한 서비스를 연계·지원하여 거리에 방치되는 일이 없도록 보호
 - * 상담 및 사정(특성분류, 욕구파악) → 의료적 진단 → 병원·시설 연계 → 사례관리로 이어지는 거리노숙인 보호시스템을 강화 시급
- 노숙인 쉼터, 응급구호방, 임시주거비 지원으로도 잠자리 공간이 부족한 경우에 긴급 복지 주거지원 제공
 - 동절기(3개월) 동안 “노숙”위기에 처해 있고 거리(영하 12℃ 이하)에서 잠을 자거나 동사 우려가 있다고 종합지원센터의 장이 인정한 노숙인에게 주거지원 가능
 - * 종합지원센터, 쉼터의 장은 인근 쪽방, 여인숙 등을 임시 잠자리 공간으로 지정·계약
- 노숙인 밀집지역에 중증·만성 거리노숙인 위기사업의 확대실시
 - 거리노숙인 밀집지역인 전국 6개 지역(서울 2개, 부산·대구·대전·경기 각 1개)에서 상시적 보호체계 운영

■ **사업 문의처**

- 전국 노숙인종합지원센터(총 12개) 연락처(붙임 3-14)

붙임 3-10 전국 노숙인 등 시설 주소 및 연락처

* 자료원 : 2023년 노숙인 등의 복지사업 안내(보건복지부)

붙임 1 노숙인 재활시설 (33)

☞ 법인시설(30)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (5)	늘푸른자활의집	경기도 파주시 문산읍 바리골길 421	031-953-3491 031-953-3490
	목동의집	서울특별시 양천구 목동 중앙본로31길 33	02-2642-7665
	서울특별시립 비전트레이닝센터	서울특별시 성동구 자동차시장길 48	02-2243-9183 02-2243-9188
	아가씨의집	서울특별시 성북구 장위로 17길 6, 102동	02-942-9193 02-942-9194
	우리집공동체	서울특별시 성북구 보국문로 29 바길 14-1	02-918-3569 02-916-0392
부산 (2)	오순절평화의마을 희망의집	경남 밀양시 삼랑진읍 삼랑진로 453	055-352-4241 055-351-1984
	인성원	경남 양산시 하북면 양산대로 1870-63	055-375-1797 055-375-7588
대구 (1)	대구시사회서비스원 희망마을	대구광역시 달성군 화원읍 명천로 58	053-632-1229 053-635-3316
인천 (1)	은혜의 집	인천광역시 서구 심곡로 132번길 22(심곡동)	032-562-5101 032-562-5108
광주 (1)	광주희망원	광주광역시 동구 화산로 177(용산동)	062-234-9279 062-234-9277
대전 (1)	자강의집	대전광역시 대덕구 대화1길 2(대화동)	042-349-5631 042-349-5601

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
세종 (1)	금이성마을	세종특별자치시 전동면 솔티로 293	044-862-7004 044-862-7051
경기 (3)	가평꽃동네 요한의 집	경기도 가평군 조종면 꽃동네길 53-37	031-589-0109 031-589-0209
	성경원	경기도 동두천시 평화로 3208번길 43-22(하봉암동)	031-865-2490 031-867-2923
	성혜원	경기도 화성시 장안면 포송장안로 1120번길 46-29	031-358-9395 031-358-9397
충북 (2)	성덕원	충북 청주시 상당구 산성로 658번길 301	043-253-4761 043-253-4762
	음성꽃동네 노숙인재활원	충북 음성군 맹동면 꽃동네길 40-55	043-879-8556 043-879-8555
전북 (2)	신애원	전북 군산시 새터길 20 (구암동 63-21)	063-445-1782 063-445-3782
	이리자선원	전북 익산시 익산대로 76길 9-17(신용동 75-2)	063-855-7672 063-854-1598
전남 (5)	진성원	전남 무안군 삼향읍 유교길101	061-280-6510 061-280-6516
	동명원	전남 무안군 청계면 복길로 211-35	061-452-5514 061-452-6570
	금강원	전남 여수시 화양면 옥천로 1081	061-686-5580 061-686-5582
	인애원	전남 순천시 매봉길 30	061-721-1565 061-723-4124
	해남희망원	전남 해남군 해남읍 중앙1로 391	061-536-3640 061-535-1385
경북 (1)	고령들꽃마을	경북 고령군 우곡면 우곡강변길 516-16	054-956-9800 054-956-0052

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
경남 (3)	진주시복지원	경남 진주시 문산읍 제곡길 98번길 34-13	055-762-7620 055-762-1923
	창원시립복지원	경남 창원시 마산회원구 회성북 8길 6	055-256-0079 055-293-0269
	합심원	경남 사천시 삼상로 613(이출동)	055-835-8557 055-835-8579
제주 (2)	서귀포시사랑원	제주 서귀포시 분토왓로 174번길 49-8(서홍동)	064-763-5551 064-763-5561
	제주시희망원	제주 제주시 아봉로 451(월평동)	064-721-0711 064-721-0714

▣ 개인시설(3)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (3)	그리스도의공동체 겨자씨들의동지	서울특별시 강북구 수유로 21길 10	02-999-3932 0505-900-3932
	수선화의집	서울특별시 양천구 목동 중앙남로16나길 62-1	02-2644-0713
	십자가쉼터	서울특별시 성북구 정릉로 6 가길 24-1	02-941-2503 02-941-2510

붙임 2 노숙인 요양시설 (22)

▣ 법인시설(17)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (4)	서울특별시립 은평의마을	서울특별시 은평구 갈현로 15길 27-1	02-3156-6315 02-354-4205
	서울특별시립 영보자애원	경기도 용인시 처인구 이등읍 이원로 483	031-333-7390 031-333-7392
	서울특별시립 여성보호센터	서울특별시 강남구 광평로 34길 124	02-3412-4503 02-3412-4512
	다일작은천국	서울특별시 동대문구 서울시립대로 57	02-2213-8004 02-2242-7004
부산 (2)	부산광역시 마리아마을	부산광역시 사하구 장림로 298(장림동)	051-263-3902 051-263-3925
	오순절평화의마을 사랑의집	경남 밀양시 삼랑진읍 삼랑진로 453	055-352-4241 055-351-1984
대구 (1)	대구시사회서비스원 보석마을	대구광역시 달성군 화원읍 명천로58	053-267-4400 053-267-4402
경기 (1)	가평꽃동네 사랑의집	경기도 가평군 조종면 꽃동네길 53-37	031-589-0109 031-589-0209
강원 (3)	춘천시립복지원	강원도 춘천시 영서로 1925-25	033-261-6901 033-262-2335
	원주복지원	강원도 원주시 흥업면 대안로 1010	033-747-1795 033-747-6996
	<u>강릉시립복지원</u>	<u>강원도 강릉시 진재골길 12-14</u>	<u>033-648-7824</u> <u>033-648-0272</u>
충북 (1)	음성꽃동네 노숙인요양원	충북 음성군 맹동면 꽃동네길 39-16	<u>043-879-0432</u> 043-879-0209

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
전북 (1)	전주사랑의집	전북 전주시 덕진구 동부대로 926 (호성동2가 631-13)	063-253-8393 063-253-5522
전남 (1)	기쁨원	전남 담양군 월산면 월신평길 79-14	061-382-0626 061-383-0565
경북 (2)	나자렛집	경북 영천시 화산면 가일길 143	054-335-0125 054-335-0122
	포항들꽃마을	경북 포항시 북구 흥해읍 칠포로 293	054-262-9093 054-262-9095
경남 (1)	새살의집	경남 의령군 가례면 가례로 667-7	055-574-3633 055-574-7544

▣ 개인시설(5)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (1)	마더테레사의집	서울특별시 성북구 삼선교로 2길 20	02-3216-2431 02-3216-1566
인천 (3)	다사랑의집	인천 미추홀구 인주대로11번길 34-10(송의동)	032-886-8780 032-889-8780
	한무리홀리라이프	인천 미추홀구 장천로19번길 15(송의동)	032-881-5777 032-889-3777
	광명의집	인천광역시 서구 새오개로16번길 7-4(석남동)	032-576-3347 032-581-4424
전남 (1)	해남겨자씨공동체	전남 해남군 옥천면 서산길 231	061-536-0202 061-536-0203

붙임 3 노숙인 자활시설 (51)

▣ 법인시설(39)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (18)	서울특별시립 24시간 게스트하우스	서울특별시 성동구 가람길 125	02-2215-9251 02-2215-9254
	가나안쉼터	서울특별시 동대문구 왕산로 256-1	02-964-1558 02-965-4165
	광야홀리스센터	서울특별시 영등포구 경인로100길3	02-2636-3373 02-2068-7254
	강동희망의집	서울특별시 강동구 구천면로 28길 21	02-2041-7817 02-475-4588
	구세군서대문사랑방	서울특별시 서대문구 경기대로 81	02-312-7225 02-3147-2321
	구세군가재울쉼터	서울특별시 서대문구 명지대1 다길 2	02-309-3009 02-6442-2031
	길가온혜명	서울특별시 구로구 오리로 22나길 14	02-891-5732 02-891-5731
	대한성공회살림터	서울특별시 관악구 국회단지길 67	02-875-3474 02-875-3490
	수송보현의집	서울특별시 은평구 갈현로 31길 22-7	02-737-4894 02-737-4896
	애원희망홈	서울특별시 중랑구 봉화산로 153	02-3421-2707 02-3421-0124
	아침을여는집	서울특별시 성북구 보국문로 10길 19	02-924-1010 02-924-1018
	양평쉼터(시립)	경기도 양평군 용문면 화전로 264	031-775-4940 031-773-4961
	열린여성센터	서울특별시 서대문구 홍제내2길 66-10	02-704-5395 02-704-5514
	천애원 희망의집	서울특별시 은평구 녹번로 7-7	02-952-4564 02-6442-4568
	청담광명의집	서울특별시 금천구 금하로 29길 36	02-806-1377 02-805-8345

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
	화업동산	서울특별시 중구 동호로 17길 75	02-2642-1363 02-2642-7272
	희망나무	서울특별시 은평구 통일로 92길 37-4	02-846-3070 02-2675-0643
	흰돌회	서울특별시 은평구 가좌로 7가길 12	02-372-5905 02-372-5915
부산 (3)	금정희망의집	부산광역시 금정구 서부로40(서동)	051-526-1033 051-526-1066
	금정내일의집	부산광역시 금정구 중앙대로 1873번길 30-4	051-995-1077 051-995-1080
	화평생활관	부산광역시 영도구 태종로 50번길 15	051-412-0191 051-412-3945
대구 (2)	<u>섬프린치스코</u> <u>자활센터</u>	대구광역시 중구 중앙대로 77길 40	<u>053-255-0830</u> <u>053-255-4861</u>
	동대구노숙인쉼터	대구광역시 동구 동부로 24길 36	053-742-0353 <u>053-754-0355</u>
인천 (1)	내일을여는자활센터	인천광역시 계양구 경명대로 1029-35(계산동)	032-544-6330 032-549-0229
광주 (1)	무등노숙인쉼터	광주광역시 북구 삼정로 10(두암동) (무등종합사회복지관3층)	062-262-7481 062-268-0094
대전 (3)	울안공동체	대전광역시 동구 대전로 835, 3층(정동)	042-252-5255 042-252-5257
	성바우로의집	대전광역시 동구 동서대로 1678번길 32-8	042-635-3186 042-635-3184
	파랑새동지	대전광역시 동구 역전4길 32(정동)	042-221-8334 042-221-8330
울산 (1)	울산광역시 노숙인자활지원센터	울산광역시 남구 봉월로 87(신정동, 부영빌딩 2층)	052-247-8323 052-223-1366

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
경기 (4)	성남내일을여는집	경기도 성남시 중원구 광명로 255-8	031-745-9356 031-745-9560
	안나의집	경기도 성남시 중원구 마지로 28(하대원동)	031-602-6033 031-751-9050
	해뜨는집	경기도 수원시 장안구 수성로 275번길 130(정자동)	031-257-3015 031-257-3153
	인양노숙인쉼터 희망사랑방	경기도 안양시 만안구 만안로 271(안양동)	031-446-0990 031-465-0993
강원 (2)	다시서는집	강원도 원주시 가매기길 18-12	033-747-4932 033-766-4935
	최양업토마스의집 [(구)원주노숙인센터]	강원도 원주시 원일로 250	033-746-1206 033-744-4259
충북 (1)	한마음실직자 지원센터	충북 청주시 흥덕구 1순환로 392(신봉동)	043-276-9697 043-276-9698
충남 (1)	천안희망쉼터	충남 천안시 동남구 문화2길5	041-553-9154 041-553-9155
전북 (2)	전주일꾼쉼터	전북 전주시 완산구 덕적골2길 35-70 휴먼빌 2동 301호(평화동1가 454-6)	063-245-9004 063-245-9005
	전주희망의쉼터	전북 전주시 덕진구 추천1길 27-1 팔복5 301호 (팔복동2가 137-4)	063-272-9199 063-273-9199

☑ 개인시설(12)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (2)	내일의집	서울특별시 양천구 남부순환로60길2-1	02-497-6333 02-461-6251
	소중한사람들(남성)	서울특별시 중구 종림로8길 12	02-365-9106 02-365-9104

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
대구 (3)	새살림공동체	대구광역시 서구 서대구로 23길 12-1	053-257-0691 053-257-0607
	살림커뮤니티	대구광역시 남구 두류공원로 117	053-425-0696 053-425-0694
	제일평화의집	대구광역시 북구 고성로 28길1	053-356-9113 053-358-9118
대전 (1)	아곰의 집	대전광역시 중구 당지로95(산성동)	042-586-9393 042-586-9394
경기 (5)	마중물비전센터	경기도 수원시 팔달구 향교로137번길37 스카이빌 B동 308호	031-254-2110 031-254-2118
	실로암교육문화센터	경기도 부천시 부일로191번길30(상동),2층	032-329-3164 032-329-3167
	베다니마을 뜨란채쉼터	경기도 시흥시 수인로3465번길23(신천동)	070-8818-6964 031-311-6967
	이레자활공동체	경기도 양평군 지평면 대평평장길 69	031-775-1972 031-775-1339
	작은자익마을 벚얼쉼터	경기도 안산시 상록구 중보로 11, 501호(이동)	031-417-7191 031-775-3196
경북 (1)	브니엘의아침	김천시 부곡동 부곡시장길 16-3	054-437-7712 054-437-7713

붙임 4 노숙인급식시설 현황 (4)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (2)	참좋은친구들	서울특별시 중구 청파로 427	02-754-0031 02-312-8295
	살맛나는공동체	서울특별시 용산구 한강대로 369	02-707-0944 02-707-0954
경기 (2)	안나의집 무료급식소	경기도 성남시 중원구 마지로 28(하대원동)	031-756-9050 031-751-9050
	사랑마루	경기도 성남시 수정구 모란로 91, 2층(태평1동)	031-722-1026 031-722-1025

붙임 5 노숙인진료시설 현황 (3)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (2)	서울역 노숙인 무료진료소	서울특별시 중구 통일로 21 서울역전우체국 2~3층	02-777-1145 02-777-5394
	영등포 노숙인 무료진료소	서울특별시 영등포구 비드나루로 24	02-2069-1604 02-2069-1606
부산 (1)	사랑그루터기진료소	부산광역시 동천로 108번길 14(전포동)	051-441-5662 <u>051-803-5664</u>

붙임 6 노숙인종합지원센터 현황 (13)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (3)	다시서기 종합지원센터	서울특별시 용산구 한강대로 92길6	02-777-5217 02-777-5393~4
	브릿지종합지원센터	서울특별시 서대문구 서소문로 57-1	02-363-9199 02-363-9198
	서울시립영등포 보현종합지원센터	서울특별시 영등포구 비드나루로 24	02-2069-1600 02-2069-1605
부산 (3)	부산소망 종합지원센터	부산광역시 동구 중앙대로 260번길 3-9(초량동)	051-463-7707 051-463-7707
	부산희망등대 종합지원센터	부산광역시 부산진구 동천로 108번길 14(전포동)	051-463-1127 051-463-1128
	<u>부산희망드림센터</u>	<u>부산광역시 동구 중앙대로 404(좌천동)</u>	<u>051-631-9001</u> <u>051-631-9002</u>
대구 (1)	대구노숙인 종합지원센터	<u>대구광역시 북구 칠성남로 38길 22, 3층</u>	053-426-5828 053-423-6243
광주 (1)	광주다시서기 종합지원센터	광주광역시 동구 화산로 177-1(용산동)	062-716-7400 062-716-7409
대전 (1)	대전광역시 노숙인종합지원센터	대전시 동구 대전로 839번길 75, 3층(중동)	042-221-8331 042-221-8330
경기 (3)	성남노숙인 종합지원센터	경기도 성남시 중원구 성남대로 1147번길 12	031-751-1970 031-751-1971
	수원다시서기 노숙인종합지원센터	경기도 수원시 팔달구 갯매산로 86, 2층	031-238-8579 031-236-4979
	의정부시희망회복 종합지원센터	경기도 의정부시 동일로 711번길 41-2	031-846-4232 031-846-1660
제주 (1)	희망나눔 종합지원센터	제주시 탐동로 15길 2	064-753-0711 064-753-0712

붙임 7 노숙인 일시보호시설 (8)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (4)	옹달샘드롭인센터	서울특별시 영등포구 경인로 94길 6	02-2068-9113 02-2672-9113
	만나샘	서울특별시 용산구 후암로 57길 45	02-757-7595 02-757-7597
	햇살보금자리	서울특별시 영등포구 국회대로 54길 41-16	02-2636-8182 02-2636-8183
	디딤센터	서울특별시 서대문구 연희로 6길 7	02-332-5515
대구 (1)	징검다리	대구광역시 북구 칠성남로 38길 22, 4층	053-426-0231 053-423-0232
대전 (1)	대전광역시 노숙인일시보호센터	대전광역시 동구 선화로 224(정동)	042-221-8332 042-221-8332
강원 (2)	춘천시 노숙인일시보호소	강원도 춘천시 영서로 1925-25	033-264-6901 033-262-2335
	원주시 노숙인일시보호소	강원도 원주시 흥업면 대안로 1010 (원주복지원 내)	033-747-1795 033-747-6996

붙임 8 쪽방상담소 현황 (10)

시·도	시 설 명	주 소	전화번호 (fax)
서울 (5)	청신동쪽방상담소	서울특별시 종로구 종로54길 29-3	02-3672-1264 02-3672-1266
	남대문쪽방상담소	서울특별시 중구 세종대로 30(3층)	02-778-1290 02-757-4136
	돈의동쪽방상담소	서울특별시 종로구 돈화문로 9가길 20-2	02-747-9074 02-747-9073
	서울역쪽방상담소	서울특별시 용산구 후암로 57길 9-12	02-3789-5119 02-3789-5991
	영등포쪽방상담소	서울특별시 영등포구 경인로 823-2	02-2068-4353 02-2068-7254
부산 (2)	동구쪽방상담소	부산광역시 동구 초량중로 131(수정동)	051-462-2017 051-462-2018
	부산진구 쪽방상담소	부산광역시 부산진구 동천로 108번길 3(전포동)	051-807-5663 051-807-5664
대구 (1)	대구쪽방상담소	대구광역시 서구 문화로 47길 13-3	053-356-3494 053-356-3496
인천 (1)	인천쪽방상담소	인천광역시 계양구 계양산로 91(계산동)	032-543-6330 032-544-8348
대전 (1)	대전광역시쪽방상담소	대전광역시 동구 대전로 835, 2층(정동)	042-252-8394 042-252-8395

붙임 3-11 무자격체류자 검진 관련 서식(개인정보수집등 검진 동의서, 22개국 번역)

■ 개인정보수집·이용 및 제3자 제공 동의서

<영어>

Informed Consent for the Collection and Use of Personal Information and Provision to a 3rd Party Thereof for [Tuberculosis Examination and COVID-19 Testing]

「결핵검진 및 코로나19 검사」를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

Tuberculosis examination and COVID-19 testing are being carried out to detect and treat tuberculosis and COVID-19 patients in early stages to prevent propagation thereof. For this purpose, we are requesting that you complete the informed consent for the collection and use of personal information and provision to a 3rd party thereof. You have the right to refuse consent to the collection and use of personal information and provision to a 3rd party thereof. However, if you refuse, there may be restrictions in the execution of tuberculosis examination and COVID-19 testing.

결핵 및 코로나19 환자를 조기에 발견·치료하여 전파를 예방하기 위해 결핵검진 및 코로나19 검사를 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵 및 코로나19 검사에 제한을 받을 수 있습니다.

■ Please check the examination you wish to undergo. (희망하는 검사에 체크 표시해주세요.)

Tuberculosis examination (결핵검진)

Tuberculosis examination and COVID-19 testing (only for the corresponding subjects) 결핵검진 및 코로나19 검사(대상자에 한함)

[Notice] The results of the examination will be notified individually in writing on the day of or within 3 days of the examination, and shall not be provided to a 3rd party without the consent of the examinee.

* If testing other than chest X-ray testing (phlegm test) is executed, the results can be notified after 3 days thereof.

[안내 사항] 검진 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수검자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.

* 흉부 X선 검사 외 추가 검사(핵담 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보 될 수 있습니다.

■ Details of the collection and use of personal information (개인정보 수집·이용 내역)

Purpose of collection and use of the personal information (개인정보 수집·이용목적)	Items of personal information to be collected (개인정보 수집 항목)	Period of retention of personal information (개인정보 수집·이용기간)
Tuberculosis examination and COVID-19 testing, and project evaluation (결핵검진 및 코로나19검사 및 사업 평가)	Name, gender, address, contact No., medical insurance category and work day (성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 종류, 국가, 입국년도)	Semi-permanently (준영구)

○ Consent to the collection and disadvantages: You may refuse to consent. If you refuse, tuberculosis examination and COVID-19 testing cannot be conducted.

수집 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

* Other notices : Unique identification information (resident registration No.) and sensitive information (health information) are collected in accordance with the Article 14 (Processing of Sensitive and Unique Identification Information) of the Tuberculosis Prevention Act and Article 42-2 (Processing of Sensitive and Unique Identification Information) of the Enforcement Rules of the Medical Law.

기타고지사항 : 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)와 의료법 시행령 제42조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

▶ Do you consent to the collection and use of the personal information as above? (위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?)

Agree (동의함) No not agree (동의하지 않음)

■ Details of the personal information to be provided to 3rd party
(limited to persons having symptoms of tuberculosis, tuberculosis patients, or COVID-19 patient)
(개인정보 제3자 제공 내역 (결핵 유소견자 또는 결핵환자 또는 코로나19 환자에 한함))

Institution to be provided with personal information (개인정보 제공받는 기관)	Purpose of the provision of personal information (개인정보 제공 목적)	Items of personal information to be provided (개인정보 제공 항목)	Period of retention of personal information (개인정보 보유기간)
Public health center with jurisdiction (관할 보건소)	Management of persons with symptoms of tuberculosis, tuberculosis and COVID-19 patients (결핵 유소견자 및 환자 관리, 코로나19 환자 관리)	Name, gender, date of birth, and tuberculosis examination and COVID-19 test results (성명, 성별, 생년월일, 결핵검진결과, 코로나19검사결과)	1 year from the date of provision (제공일로부터 1년)

○ Consent to the provision and disadvantages: You can refuse to give consent. If you refuse to provide personal information, tuberculosis examination, and COVID-19 testing cannot be conducted.

제공 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 제공 동의를 거부할 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

▶ Do you agree to the provision of personal information as above? (위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?)

Agree (동의함) No not agree (동의하지 않음)

Above issues are hereby confirmed. (위의 사항을 확인합니다.)

Date : _____, 2020

(본인) Patient : _____ (signature or seal)

(법정대리인) Legal representative : _____ (signature or seal)

<네पाल어>

व्यक्तगित जानकारी र [कूपयरोग परीक्षण तथा COVID-19 जाँच] का लागि यसको तेस्रो पक्षको प्रावधानको सङ्कलन तथा प्रयोगका लागि सूचित सहमतति

「결핵검진 및 코로나19 검사」를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

यसको फैलावलाई रोक्नको लागि प्रारम्भिक चरणमा रहेका कूपयरोग तथा COVID-19 का बरिामीहरू पत्ता लगाइ उपचार गर्न कूपयरोग परीक्षण तथा COVID-19 जाँच गरिन्छ। यो उद्देश्यको लागि, हामीले तपाईंलाई व्यक्तगित जानकारी र यसको तेस्रो पक्षको प्रावधानको सङ्कलन तथा प्रयोगका लागि सूचित सहमतति पूरा गर्न अनुरोध गरिरहेका छौं। तपाईंसँग व्यक्तगित जानकारी र यसको तेस्रो पक्षको प्रावधानको सङ्कलन तथा प्रयोग गर्ने सहमतति अस्वीकार गर्ने अधिकार छ। यद्यपि, तपाईंले अस्वीकार गर्नुहुन्छ भने, कूपयरोग परीक्षण तथा COVID-19 जाँचको कार्यान्वयनमा प्रतबिन्धहरू लगाइएको हुन सक्छ।

결핵 및 코로나19 환자를 조기에 발견·치료하여 전파를 예방하기 위해 결핵검진 및 코로나19 검사를 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵 및 코로나19 검사에 제한을 받을 수 있습니다.

- कूपया तपाईंले गर्न चाहनुभएको परीक्षण जाँच गर्नुहोस्! (होम गर्ने जेसा चेक पोसिहाउनुहोस्।)
 - कूपयरोग परीक्षण (결핵검진)
 - कूपयरोग परीक्षण तथा COVID-19 जाँच (समरूपी वषियहरूको लागि मात्र) 결핵검진 및 코로나19 검사(대상자에 한함)

[सूचना] परीक्षणका नतजिहदूबारे परीक्षण गरेको दिन वा त्यसको 3 दिनभित्रमा लखितिमा व्यक्तगित रूपमा सूचित गरिन्छ र प्रक्रिपार्थीको सहमतबिनि तेस्रो पक्षहरूमा उपलब्ध गराइने छैन।

* छातीको एक्स-रे जाँच (कप जाँच) बाहेक अन्य जाँच गरिएको छ भने, नतजिहदू त्यसको 3 दिनपछि सूचित गर्न सकिन्छ।
 [안내 사항] 검진 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수집사 등의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.
 * 흉부 X선 검사 외 추가 검사(격담 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보 될 수 있습니다.

■ व्यक्तगित जानकारीको सङ्कलन तथा प्रयोगबारे विवरणहरू (개인정보 수집·이용 내역)

व्यक्तगित जानकारीको सङ्कलन तथा प्रयोगको उद्देश्य (개인정보 수집·이용목적)	सङ्कलन गरिनुपर्ने व्यक्तगित जानकारीका वस्तुहरू (개인정보 수집 항목)	व्यक्तगित जानकारीको अवधारणको अवधि (개인정보 수집·이용기간)
कूपयरोग परीक्षण तथा COVID-19 जाँच र परीोजना मूल्याङ्कन (결핵검진 및 코로나19 검사 및 사업 평가)	नाम, लङ्गि, ठेगाना, सम्पर्क नं., चकितिसा बीमा वर्ग र कार्य दिन (성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 종류, 국가, 입국년도)	अर्ध-स्थायी रूपमा (준영구)

○ सङ्कलनमा सहमतति बेफाइदाहरू: तपाईंले सहमतति अस्वीकार गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले अस्वीकार गर्नुहुन्छ भने, कूपयरोग परीक्षण र COVID-19 जाँच सञ्चालन गर्न सकिदैन।

수집 동의 및 불이익: 동의 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 시 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

※ अन्य सूचनाहरू: कूपयरोग रोकथाम ऐनको धारा 14 (संवेदनशील तथा द्ववतीय पहिचान जानकारीको प्रक्रिया गर्ने) र चकितिसा कानूनको प्रवर्तन नयिमहरूको धारा 42-2 (संवेदनशील तथा अद्ववतीय पहिचान जानकारीको प्रक्रिया गर्ने) अनुरूप अद्ववतीय पहिचान जानकारी (नविमी दर्ता नं.) र संवेदनशील जानकारी (स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी) सङ्कलन गरिएका छन्।
 기타 고지 사항: 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)와 의료법 시행령 제42조(2) (민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

▶ के तपाईं माथि उल्लेख गरिए अनुसारको व्यक्तगित जानकारीको सङ्कलन तथा प्रयोग गर्ने कुराबारे सहमत हुनुहुन्छ?
 (위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?)

- सहमत छु (동의함) होइन सहमत छैन (동의하지 않음)

■ तेस्रो पक्षलाई उपलब्ध गराउनु पर्ने व्यक्तगित जानकारीका विवरणहरू (कूपयरोगका लक्षणहरू, कूपयरोग र COVID-19 का बरिामी भएका व्यक्तहरूको लागि सीमित) (개인정보 제3자 제공 내역 (결핵 유소견자 또는 결핵환자 또는 코로나19 환자에 한함))

व्यक्तगित जानकारी उपलब्ध गराउनुपर्ने संस्था (개인정보 제공받는 기관)	व्यक्तगित जानकारीको व्यवस्थापनको उद्देश्य (개인정보 제공 목적)	उपलब्ध गराउनुपर्ने व्यक्तगित जानकारीका वस्तुहरू (개인정보 제공 항목)	व्यक्तगित जानकारीको अवधारणको अवधि (개인정보 보유기간)
क्षेत्राधिकारको सार्वजनिक स्वास्थ्य केन्द्र (관할 보건소)	कूपयरोगका लक्षणहरू देखिएका व्यक्तहरू, कूपयरोग र COVID-19 का बरिामीलाई व्यवस्थित गर्ने (결핵 유소견자 및 환자 관리, 코로나19 환자 관리)	नाम, लङ्गि, जन्म मतिरि कूपयरोग परीक्षण तथा COVID-19 जाँच नतजिहदू (성명, 성별, 생년월일, 결핵검진결과, 코로나19 검사결과)	प्रावधानको मतिदिखि 1 वर्ष (제공일로부터 1년)

○ प्रावधानमा सहमतति बेफाइदाहरू: तपाईंले सहमतति दिने अस्वीकार गर्न सक्नुहुन्छ। तपाईंले जानकारी उपलब्ध गराउन अस्वीकार गर्नुहुन्छ भने, कूपयरोग परीक्षण र COVID-19 जाँच सञ्चालन गर्न सकिदैन।

제공 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 제공 동의를 거부할 시 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

▶ के तपाईं माथि उल्लेख गरिए अनुसारको व्यक्तगित जानकारीको प्रावधानमा सहमत हुनुहुन्छ?
 (위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?)

- सहमत छु (동의함) सहमत छैन (동의하지 않음)

माथिका समस्याहरू यसद्वारा पुष्टि गरिएका छन्। (위의 사항을 확인합니다.)

मति: _____, 2020

(본인) बरिामी: _____ (वा छाप)

(법정대리인) कानूनी प्रतनिधि: _____ (वा छाप)

“Сүрьеэгийн шинжилгээ, Корона 19-ийн шинжилгээ”-гэй холбоотой хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд олгохыг зөвшөөрөх тухай

「Гэрээг хянах болон Корона 19-ийн шинжилгээ»-ийн хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд олгохыг зөвшөөрөх тухай

Сүрьеэгийн болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.

Гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.

■ Өгөхийг хүсье буй шинжилгээгээ тэмдэглэнэ үү. (Хийгээд гэрээг хянах болон корона 19-ийн шинжилгээ)

Сүрьеэгийн шинжилгээ (Гэрээг хянах)

Сүрьеэгийн шинжилгээ, Корона 19-ийн шинжилгээ (зөвхөн холбогдох этгээд) Гэрээг хянах болон корона 19-ийн шинжилгээ (Тусгаарлах)

[Зардал] Шинжилгээний хариуг шинжилгээ хийсэн тухайн өдөр эсвэл 3 хоногийн дотор тусад нь бичгээр мэдэгдэх бөгөөд өөрийн зөвшөөрөлгүйгээр гуравдагч этгээдэд хариуг өгөхгүй гэдгийг анхаарна уу.

* Хэрэв цээжний рентген шинжилгээгээ гадна нэмэлт шинжилгээ (цэрний шинжилгээ) хийлгэвэл шинжилгээний хариу 3 хоногийн дараа гарна.

[Инэн шалгах] Гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.

* Хувиараа гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.

■ Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга (Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга)

Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах зорилго (Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах зорилго)	Хувийн мэдээлэл цуглуулах зүйлс (Хувийн мэдээлэл цуглуулах зүйлс)	Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа (Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа)
Сүрьеэгийн шинжилгээ, Корона 19-ийн шинжилгээ, ажлын үнэлгээ (Гэрээг хянах болон корона 19-ийн шинжилгээ)	Овог нэр, хүйс, хаяг, холбоо барих мэдээлэл, эмнэлгийн даатгалын төрөл, ажлын өдөр (Сүрьеэ, сүрьеэ, хувиараа, үйлдвэр, үйлдвэр, улс, улс)	Хагас хугацаагүй (Хувиараа)

○ Цуглуулах зөвшөөрөл ба сул тал: Та зөвшөөрөхөөс татгалзаж болох бөгөөд хэрэв хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглахыг зөвшөөрөхөөс татгалзвал сүрьеэгийн шинжилгээ, Корона 19 шинжилгээ хийлгэх боломжгүй.

* Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга (Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга)

○ Цуглуулах зөвшөөрөл ба сул тал: Та зөвшөөрөхөөс татгалзаж болох бөгөөд хэрэв хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглахыг зөвшөөрөхөөс татгалзвал сүрьеэгийн шинжилгээ, Корона 19 шинжилгээ хийлгэх боломжгүй.

▶ Дээр дурдсан шиг хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглахыг зөвшөөрч байна уу? (Урьдчилан хувиараа гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.)

Би зөвшөөрч байна (Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга) Би зөвшөөрөхгүй байна (Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга)

■ Гуравдагч этгээдэд өгөх хувийн мэдээллийн агуулга (Зөвхөн сүрьеэтэй, сүрьеэтэй өвчтөн, эсвэл корона 19 өвчтэй хүмүүст хамаарна) Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга

Хувийн мэдээллийг олгох байгууллагууд (Хувийн мэдээллийг олгох байгууллагууд)	Хувийн мэдээлэл өгөх зорилго (Хувийн мэдээлэл өгөх зорилго)	Хувийн мэдээлэл өгөх зүйлс (Хувийн мэдээлэл өгөх зүйлс)	Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа (Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа)
Харьяа нийгмийн эрүүл мэндийн төв (Өрхийн эмнэлэг) (Хувийн мэдээллийг олгох байгууллагууд)	Сүрьеэтэй өвчтөн ба өвчтөнийг хяналт удирдлага, Корона 19 өвчтөнийг хяналт удирдлага хяналт (Гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.)	Овог нэр, хүйс, төрсөн огноо, Сүрьеэгийн шинжилгээний хариу, корона шинжилгээний хариу (Сүрьеэ, сүрьеэ, хувиараа, үйлдвэр, үйлдвэр, улс, улс)	1 жил (Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа)

○ Хэрэглэх зөвшөөрөл ба сул тал: Та зөвшөөрөхөөс татгалзаж болох бөгөөд хэрэв та хувийн мэдээлэл өгөхөөс татгалзвал сүрьеэгийн шинжилгээ, Корона 19 шинжилгээг хийлгэх боломжгүй.

* Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга (Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга)

▶ Дээр дурдсан шиг хувийн мэдээллийг өгөхийг зөвшөөрч байна уу? (Урьдчилан хувиараа гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.)

Би зөвшөөрч байна (Хувийн мэдээллийг өгөхийг зөвшөөрч байна) Би зөвшөөрөхгүй байна (Хувийн мэдээллийг өгөхийг зөвшөөрч байна)

Дээрх зүйлтэй бүрэн танилцсан болно. (Урьдчилан хувиараа гэрээг хянах болон корона 19 өвчнийг эрт үе шатанд нь илрүүлэн эмчилж, тархахаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор сүрьеэгийн үзлэг, Корона 19 шинжилгээг хийж байна. Үүнтэй холбогдуулан хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөх зөвшөөрлийн хуудсыг бөглөж өгөхийг хүсье. Та хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах, гуравдагч этгээдэд өгөхийг зөвшөөрөхөөс татгалзах эрхтэй бөгөөд энэ тохиолдолд сүрьеэ, Корона 19-ийн шинжилгээ хийлгэх боломжгүй болно.)

2020 оны сарын өдөр

(Хувийн мэдээллийг өгөх зорилгоор)

(Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа)

(Хувийн мэдээллийг цуглуулах, ашиглах агуулга) Хууль ёсны төлөөлөгч :

(Хувийн мэдээллийг хадгалах хугацаа)

<미안마어>

ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား စုဆောင်းရယူခြင်းနှင့် အသုံးပြုခြင်းနှင့် [တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19] အတွက် ကြားခံပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံသို့ ၎င်းအချက်အလက်များအား ပံ့ပိုးဖြည့်ဆည်းပေးမှုပြုလုပ်ရန် အသိပေး သဘောတူခွင့်ပြုချက်

「결핵검진 및 코로나19 검사」를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးခြင်းတို့ကို တီဘီရောဂါနှင့် COVID-19 လူနာများအား အများအပြား ဖြစ်ပွားမှုရှိစေရေးအတွက် ရောဂါဖြစ်ပွားမှု၏ အစောပိုင်းဆင့်များတွင် စစ်ဆေးတွေ့ရှိပြီးနောက် ကုသမှုပြုလုပ်ရန်အတွက် လုပ်ဆောင်ခြင်းဖြစ်ပါသည်။ ဤဖြည့်ဆည်းပေးမှုပြုလုပ်ရန် အသိပေး သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့က သင့်အား ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား စုဆောင်းရယူခြင်းနှင့် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ကြားခံပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံသို့ ၎င်းအချက်အလက်များအား ပံ့ပိုးဖြည့်ဆည်းပေးမှုပြုလုပ်ရန် အသိပေး သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ဖြည့်စွက်လုပ်ဆောင်ရန် ဆောင်းဆိုနေခြင်းဖြစ်ပါသည်။ သင့်အနေဖြင့် ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား စုဆောင်းရယူခြင်းနှင့် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ကြားခံပြင်ပအဖွဲ့အစည်းထံသို့ ၎င်းအချက်အလက်များအား ပံ့ပိုးဖြည့်ဆည်းပေးမှုပြုလုပ်ရန် အသိပေး သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ဖြင့်ပေးနိုင်ပါသည်။ သို့ရာတွင် သင့်ပြင်ပပတ်ဝန်းကျင်ရှိ တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးခြင်းတို့ကို လုပ်ဆောင်ရာတွင် ကန့်သတ်ထားခြင်းချက်များ ရှိနိုင်ပါသည်။

결핵 및 코로나19 환자들 조기에 발견·치료하여 전파를 예방하기 위해 결핵검진 및 코로나19 검사를 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵 및 코로나19 검사에 제한을 받을 수 있습니다.

- သင်လုပ်သည့် စစ်ဆေးမှုကို အမှတ်ဖြစ်ပေးလေ့ရှိပါသည်။ (회말하는 검사에 체크 표시해주세요.)
 - တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှု (결핵검진)
 - တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးခြင်း (သက်ဆိုင်ရာ နယ်ပယ်များအတွက်သာ ဖြစ်သည်) 결핵검진 및 코로나19 검사(대상자 한함)

[သတိပြုရန်] စစ်ဆေးမှုရလဒ်များကို စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်သည့်နေ့တွင်ဖြစ်စေ စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်သည့်နေ့မှ ၃ ရက်အတွင်းဖြစ်စေ စာဖြင့်ရေးသား၍ လူတစ်ဦးချင်းစီကို အကြောင်းကြားမည်ဖြစ်ပြီး စစ်ဆေးမှုမယူသူတို့ သဘောတူခွင့်ပြုချက်မပါရှိသည့် ကြားခံပြင်ပအဖွဲ့အစည်းသို့ ပေးအပ်မည်မဟုတ်ပါ။

*ရောင်ဘတ်စ် X-ray တစ်ဖန်စစ်ဆေးခြင်း (သတိပေးဆောင်ရွက်) မဟုတ်သည့် အခြားစစ်ဆေးမှုကို ပြုလုပ်ပါက ရလဒ်များကို စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်သည့်ရက်နောက်ပိုင်း ၃ ရက်အကြာတွင် အကြောင်းကြားပေးနိုင်ပါသည်။
 [안내 사항] 검진 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수령자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.
 *휴부 X선 검사 외 추가 검사(꺠말 검사)를 시행할 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보 될 수 있습니다.

■ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား စုဆောင်းရယူခြင်းနှင့် အသုံးပြုခြင်းဆိုင်ရာ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ (개인정보 수집·이용 내역)

ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား စုဆောင်းရယူခြင်းနှင့် အသုံးပြုခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက် (개인정보 수집·이용 목적)	စုဆောင်းရယူမည့် ကိုယ်ရေးအချက်အလက်အကြောင်းအရာများ (개인정보 수집 항목)	ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား ဆက်လက်ထားရှိမည့် အချိန်ကာလ (개인정보 수집·이용 목적)
တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးခြင်းနှင့် ပတ်သက် အကြောင်းကြားခြင်း (결핵검진 및 코로나19검사 및 시한 평가)	အမည်၊ လိင်၊ လိပ်စာ၊ ဆက်သွယ်ရန်နံပါတ်၊ ဝေးကွာသွားအမတ် အချိန်အစားနှင့် ရှာဖွေရက် (성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 종류, 국가, 입국년도)	တစ်စိတ်တစ်ပိုင်း-တာဝန် (준영구)

○ စုဆောင်းရယူခြင်းအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်နှင့် ဆိုးကျိုးများ - သင်သည် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ဖြင့်ပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်ပြင်ပပတ်ဝန်းကျင်ရှိ တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးခြင်းကို မလုပ်ဆောင်နိုင်ပါ။

수집 동의 및 불이익 : 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 시 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.
 *သတိပြုရန် အခြားအချက်များ - လူတစ်ဦးချင်းစီအလိုက် ခြုံငုံသတ်မှတ်သည့် အချက်အလက်များ (နေထိုင်မှုပတ်ဝန်းကျင်နှင့် သတိထားဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သည့် အချက်အလက်များ (ကျန်းမာရေး အချက်အလက်များ) ကို ဆောက်သရေဆိုင်ရာသမား၏ တိုက်တွန်းချက်စည့်ဆည်းမှုများ၏ တီဘီရောဂါ ကာကွယ်တားဆီးရေး အကူအညီ အဖွဲ့ဝင် ၄,၂,၂ (သတိထားဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သည့် လူတစ်ဦးချင်းစီအလိုက် ခြုံငုံသတ်မှတ်သည့် အချက်အလက်များအား စစ်ဆေးဆောင်ရွက်ခြင်း) ၏ အပိုအထဲ ၁၄ (သတိထားဆောင်ရွက်ရန် လိုအပ်သည့် လူတစ်ဦးချင်းစီအလိုက် ခြုံငုံသတ်မှတ်သည့် အချက်အလက်များအား စစ်ဆေးဆောင်ရွက်ခြင်း) နှင့်အညီ စုဆောင်းရယူပါသည်။
 기타 고지 사항 : 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보) 및 고유식별정보의 처리)와 의료법 시행령 제42조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

- ▶ သင်သည် အထက်ပါ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား စုဆောင်းရယူခြင်းနှင့် အသုံးပြုခြင်းအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ပေးအပ်ပါသလား။ (위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?)
 - သဘောတူသည် (동의함)
 - သဘောတူရန်မရှိပါ (동의하지 않음)

■ ကားခံပြင်ပအဖွဲ့အစည်းသို့ ပေးအပ်မည့် ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များ၏ အသေးစိတ်အချက်အလက်များ (တီဘီရောဂါ၏ ရောဂါလက္ခဏာများရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ၊ တီဘီရောဂါလူနာများ COVID-19 လူနာအတွက်သာ ကန့်သတ်ထားသည်) (개인정보 제3자 제공 내역 (결핵 유소견자 또는 결핵환자 또는 코로나19 환자에 한함))

ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များ ပေးအပ်မည့် အဖွဲ့အစည်း (개인정보 제공받는 기관)	ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များ ဖြည့်ဆည်းပံ့ပိုးရမည့် ရည်ရွယ်ချက် (개인정보 제공 목적)	ဖြည့်ဆည်းပံ့ပိုးမည့် ကိုယ်ရေးအချက်အလက်အကြောင်းအရာများ (개인정보 제공 항목)	ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား ဆက်လက်ထားရှိမည့် အချိန်ကာလ (개인정보 보유기간)
စီရင်ဆောင်ရွက်ပိုင်ခွင့်ရှိသည့် ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဌာန (관할 보건소)	တီဘီရောဂါ၏ ရောဂါလက္ခဏာများရှိသည့် လူပုဂ္ဂိုလ်များ၊ တီဘီရောဂါလူနာများ၊ COVID-19 လူနာအတွက် စီရင်ဆောင်ရွက်မှု (결핵 유소견자 및 환자 관리, 코로나19 환자 관리)	အမည်၊ လိင်၊ မွေးသက္ကရာဇ်နှင့် တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးမှုရလဒ်များ (성명, 성별, 생년월일, 결핵검진결과, 코로나19 검사결과)	ဖြည့်ဆည်းပံ့ပိုးမှုပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲမှ ၁ နှစ်အထိ (제출일로부터 1년)

○ ဖြည့်ဆည်းပံ့ပိုးခြင်းအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်နှင့် ဆိုးကျိုးများ - သင်သည် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးရန် ဖြင့်ပေးနိုင်ပါသည်။ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များကို ပေးအပ်ရန် သင့်ပြင်ပပတ်ဝန်းကျင်ရှိ တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးခြင်းကို မလုပ်ဆောင်နိုင်ပါ။

- ▶ သင်သည် အထက်ပါ ကိုယ်ရေးအချက်အလက်များအား ဖြည့်ဆည်းပံ့ပိုးခြင်းအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ကို ပေးအပ်ပါသလား။ (위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?)
 - သဘောတူသည် (동의함)
 - သဘောတူရန်မရှိပါ (동의하지 않음)

ဤသို့ဖြင့် အထက်ပါကိစ္စရပ်များကို အတည်ပြုပါသည်။ (위의 사항을 확인합니다.)

ရက်စွဲ- _____၊ ၂၀၂၁ ခုနှစ်

(본인) လူနာ- : _____ (လက်မှတ် သို့မဟုတ် တံဆိပ်တုံး)
 (법정 대리인) တရားဝင်ကိုယ်စားလှယ်- : _____ (လက်မှတ် သို့မဟုတ် တံဆိပ်တုံး)

**[যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষা]-এর জন্য তৃতীয় পক্ষের কাছে ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ এবং
পুনর্ভাষিত সংগ্রহ ও ব্যবহারের জন্য অবহিত সম্মতি**

「결핵검진 및 코로나19 검사」를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

যক্ষ্মা রোগের পরবর্তী পর্যায়ে প্রথমিক পর্যায়ে যক্ষ্মা ও কে ভিডি-১৯ রোগীদের সনাক্ত ও চিকিৎসার জন্য যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষা করা হচ্ছে। এই উদ্দেশ্যে, আমরা আপনাকে অনুরোধ করছি আপনি তৃতীয় পক্ষের কাছে ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ এবং বর্ধিত সংগ্রহ ও ব্যবহারের জন্য অবহিত সম্মতিটি সম্পূর্ণ করুন। আপনার কাছে তৃতীয় পক্ষের ব্যক্তিগত তথ্য এবং বর্ধিত সংগ্রহ এবং ব্যবহারের সম্মতি অস্বীকার করার অধিকার রয়েছে। তবে, আপনি যদি অস্বীকার করেন তবে যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং COVID-19 পরীক্ষা চালানোর পরে কয়েকটি বিনিমিতে থাকতে পারে।

결핵 및 코로나19 환자를 조기에 발견·치료하여 전파를 예방하기 위해 결핵검진 및 코로나19 검사를 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵 및 코로나19 검사에 제한을 받을 수 있습니다.

- **যে পরীক্ষাটি আপনি করতে চান সটাকে চিহ্নিত করুন** (희망하는 검사에 체크 표시해주세요.)
 - যক্ষ্মা পরীক্ষা (결핵검진)
 - যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষা (करणमात्रर सम्बंधित विषयके जनय) 결핵검진 및 코로나19 검사(대상자에 한함)

[নোট] পরীক্ষার ফলাফল পরীক্ষার দিন বা ৩দিনের মধ্যে লিখিতভাবে ব্যক্তিগতভাবে জানানো হবে এবং পরীক্ষারধীর সম্মতি ব্যতীত তৃতীয় পক্ষকে সরবরাহ করা হবে না।

* যদি বুকে একস-রে টেস্ট(কফ টেস্ট) ব্যতীত অন্য পরীক্ষা করা হয় তবে, ফলাফল তার ৩দিন পরে অবহিত করা যাবে পারবে।

[안내 사항] 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수집자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.

* 흉부 X선 검사 외 추가 검사(적당 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보 될 수 있습니다.

■ **সংগ্রহ এবং ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহারের বিস্তারিত বিবরণ** (개인정보 수집·이용 내역)

সংগ্রহ এবং ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহারের উদ্দেশ্য (개인정보 수집·이용 목적)	ব্যক্তিগত তথ্য সংগ্রহ করার আইটেম (개인정보 수집 항목)	ব্যক্তিগত তথ্য ধরে রাখার সময়কাল (개인정보 수집·이용 목적)
যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষা এবং পরকল্পের মূল্যায়ন (결핵검진 및 코로나19검사 및 사업 평가)	নাম, লিঙ্গ, ঠিকানা, যা চাষা চা নম্বর, মডেলে বীমা নথি এবং কাজের দিন (성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 증명, 국가, 입국년도)	সম্মতি-স্বাধীনভাবে (준영구)

○ সংগ্রহ এবং অসুস্থির সম্মতি: আপনি সম্মতি অস্বীকার করতে পারেন। যদি আপনি অস্বীকার করেন তবে যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষা করা যাবে না।
সুস্থি এবং **불이익**: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부하실 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

※ **অন্যান্য বিনিমিতে সম্মতি**: যক্ষ্মা পর্যায়ে প্রথমিক পর্যায়ে আইনের অনুচ্ছেদ ১৪(সংবন্দনশীল এবং স্বতন্ত্রের সনাক্তকরণ তথ্যের পরকল্পিকরণ) এবং অনুচ্ছেদ ৪২-২(সংবন্দনশীল পরকল্পিকরণ) অনুযায়ী অনন্য সনাক্তকরণ তথ্য (আবাসিক লিখনকরণ নং) এবং সংবন্দনশীল তথ্য (স্বাস্থ্য তথ্য) সংগ্রহ করা হয় এবং মডেলে আইনের পরকল্পিকরণকারী বিনিমিতে অনন্য পরকল্পিকরণ সম্মতি তথ্য।
기타고지사항 : 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)와 의료법 시행령 제42조(2)(민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

- ▶ **উপর উল্লিখিত তথ্য সংগ্রহ ও ব্যবহারের বিষয় আপনি কি সম্মতি দিচ্ছেন?** (위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?)
 - রাজি** (동의함)
 - রাজি না** (동의하지 않음)

■ **তৃতীয় পক্ষকে সরবরাহ করার জন্য ব্যক্তিগত তথ্যের বিবরণ**
(যক্ষ্মা, যক্ষ্মার রোগী বা কে ভিডি-১৯ রোগীর লক্ষণযুক্ত ব্যক্তিদের মধ্যেই সীমাবদ্ধ)
개인정보 제3자 제공 내역 (결핵 유소견자 또는 결핵환자 또는 코로나19 환자에 한함)

ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করা পরতর্কিত (개인정보 제공받는 기관)	ব্যক্তিগত তথ্যাবধির বিধানের উদ্দেশ্য (개인정보 제공 목적)	ব্যক্তিগত তথ্য সরবরাহ করার আইটেম সমূহ (개인정보 제공 항목)	ব্যক্তিগত তথ্য ধরে রাখার সময়কাল (개인정보 보유기간)
আইনগত অধিকারসম্মত জনস্বাস্থ্য কেন্দ্র (관할 보건소)	যক্ষ্মা, যক্ষ্মা এবং কে ভিডি-১৯ রোগীদের লক্ষণযুক্ত ব্যক্তিদের পরচালনা (결핵 유소견자 및 환자 관리, 코로나19 환자 관리)	নাম, লিঙ্গ, জন্মের তারিখ এবং যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষার ফলাফল (성명, 성별, 생년월일, 결핵검진결과, 코로나19검사결과)	বিধানের তারিখ থেকে ১ বছর (제공일로부터 1년)

○ সংগ্রহ এবং অসুস্থির সম্মতি: আপনি সম্মতি অস্বীকার করতে পারেন। যদি আপনি অস্বীকার করেন তবে যক্ষ্মা পরীক্ষা এবং কে ভিডি-১৯ পরীক্ষা করা যাবে না।
제공 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 제공 동의를 거부하실 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

- ▶ **উপর উল্লিখিত তথ্য সংগ্রহ ও ব্যবহারের বিষয় আপনি কি সম্মতি দিচ্ছেন?** (위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?)
 - রাজি** (동의함)
 - রাজি না** (동의하지 않음)

উপরোক্ত বিনিয়োগী এখানে নশিচতি হচ্ছে (위의 사항을 확인합니다.)

(본인) **রে গী :** তারিখ: , ২০২০
(성명대리인) **আইনগত পরতর্কিত :** (স্বাক্ষর বা সীল)
(স্বাক্ষর বা সীল)

<베트남어>

Đồng ý việc thu thập và sử dụng thông tin cá nhân và cung cấp cho bên thứ ba để
[Kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19]

「결핵검진 및 코로나19 검사」를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

Kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19 đang được tiến hành để phát hiện và điều trị các bệnh nhân mắc lao và COVID-19 ở giai đoạn đầu nhằm ngăn ngừa lan truyền. Với mục đích này, chúng tôi đề nghị bạn hoàn thiện đơn đồng ý việc thu thập và sử dụng thông tin cá nhân và cung cấp cho bên thứ ba. Bạn có quyền từ chối việc thu thập và sử dụng thông tin cá nhân và cung cấp cho bên thứ ba. Tuy nhiên, nếu bạn từ chối, có thể sẽ có hạn chế trong việc tiến hành kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19.

결핵 및 코로나19 환자를 조기에 발견·치료하여 전파를 예방하기 위해 결핵검진 및 코로나19 검사를 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵 및 코로나19 검사에 제한을 받을 수 있습니다.

■ Vui lòng đánh dấu các xét nghiệm mà bạn muốn làm. (희망하는 검사에 체크 표시해주세요.)

Kiểm tra bệnh lao (결핵검진)
 Kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19 (chỉ dành cho các đối tượng tương ứng) 결핵검진 및 코로나19 검사(대상자에 한함)

[Thông báo] Kết quả kiểm tra sẽ được thông báo cho cá nhân bằng văn bản vào ngày kiểm tra hoặc sau 3 ngày kể từ ngày kiểm tra, và sẽ không cung cấp cho bên thứ ba mà không có sự đồng ý của người kiểm tra.

* Nếu tiến hành kiểm tra gì khác ngoài chụp X quang (kiểm tra đờm) thì kết quả sẽ được thông báo sau 3 ngày kể từ ngày kiểm tra.

[안내 사항] 검진 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수검자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.
 * 흉부 X선 검사 외 추가 검사(객담 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보될 수 있습니다.

■ Chi tiết thu thập và sử dụng thông tin cá nhân (개인정보 수집·이용 내역)

Mục đích thu thập và sử dụng thông tin cá nhân (개인정보 수집·이용목적)	Các mục thông tin cá nhân cần thu thập (개인정보 수집 항목)	Thời gian lưu trữ thông tin cá nhân (개인정보 수집·이용목적)
Kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19 và đánh giá dự án (결핵검진 및 코로나19검사 및 사업 평가)	Tên, giới tính, địa chỉ, số liên lạc, danh mục bảo hiểm y tế và ngày làm việc (성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 증명, 국가, 입국년도)	Bản vĩnh cửu (운영구)

Đồng ý việc thu thập và các bất lợi: Bạn có thể từ chối. Nếu bạn từ chối thì không thể tiến hành kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19.
 수집 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부하실 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

※Lưu ý khác: Thông tin nhân dạng duy nhất (số đăng ký cư trú) và thông tin nhạy cảm (thông tin sức khỏe) được thu thập theo Điều 14 (Xử lý thông tin nhạy cảm và thông tin nhân dạng duy nhất) của Đạo luật Ngăn ngừa bệnh lao và Điều 42-2 (Xử lý Thông tin nhạy cảm và thông tin nhân dạng duy nhất) của Các quy tắc thi hành Luật Y tế.

기타고지사항 : 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)와 의료법 시행령 제42조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

▶ Bạn có đồng ý việc thu thập và sử dụng thông tin cá nhân như trên không? (위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?)

Đồng ý (동의함) Không đồng ý (동의하지 않음)

■ Chi tiết thông tin cá nhân cung cấp cho bên thứ ba
 (giới hạn với những người có triệu chứng bệnh lao, bệnh nhân lao hoặc bệnh nhân COVID-19)
 개인정보 제3자 제공 내역 (결핵 유소견자 또는 결핵환자 또는 코로나19 환자에 한함)

Tổ chức được cung cấp thông tin cá nhân (개인정보 제공받는 기관)	Mục đích cung cấp thông tin cá nhân (개인정보 제공 목적)	Các mục thông tin cá nhân được cung cấp (개인정보 제공 항목)	Thời gian lưu trữ thông tin cá nhân (개인정보 보유기간)
Trung tâm sức khỏe công có quyền hạn (관할 보건소)	Quản lý những người có triệu chứng bệnh lao, bệnh nhân lao và COVID-19 (결핵 유소견자 및 환자 관리, 코로나19 환자 관리)	Tên, giới tính, ngày sinh, kết quả kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19 (성명, 성별, 생년월일, 결핵검진결과, 코로나19검사결과)	1 năm kể từ ngày cung cấp (제공일로부터 1년)

Đồng ý việc thu thập và các bất lợi: Bạn có thể từ chối. Nếu bạn từ chối cung cấp thông tin cá nhân thì không thể tiến hành kiểm tra bệnh lao và xét nghiệm COVID-19.
 제공 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 제공 동의를 거부하실 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

▶ Bạn có đồng ý cung cấp thông tin cá nhân như trên không? (위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?)

Đồng ý (동의함) Không đồng ý (동의하지 않음)

Các vấn đề trên đã được xác nhận. (위의 사항을 확인합니다.)

Ngày: _____, 2020

(본인) Bệnh nhân : _____ (ký hoặc đóng dấu)
 (법정대리인) Đại diện hợp pháp : _____ (ký hoặc đóng dấu)

การให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อทำการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งจัดหามอบข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุคคลภายนอก สำหรับ [การตรวจหาวัณโรคและตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19]

「결핵검진 및 코로나19 검사」를 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

การตรวจหาวัณโรคและตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 ถูกดำเนินการเพื่อตรวจหาและรักษาผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส COVID-19 ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อโรค สำหรับจุดประสงค์นี้ เราขอความกรุณาให้คุณกรอกแบบฟอร์มให้ความยินยอมอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรฉบับนี้ เพื่อยินยอมให้เก็บรวบรวมและใช้งานข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งจัดหามอบข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุคคลภายนอก คุณมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธให้ความยินยอมกับการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งการมอบข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุคคลภายนอก อย่างไรก็ตาม หากคุณปฏิเสธ อาจมีข้อจำกัดในการตรวจหาวัณโรคและตรวจหาเชื้อไวรัส

결핵 및 코로나19 환자를 조기에 발견·치료하여 전파를 예방하기 위해 결핵검진 및 코로나19 검사를 시행하고 있습니다. 이와 관련하여 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서를 작성해 주시기 바랍니다. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의에 대하여 거부할 권리가 있으나, 동의를 거부할 경우 결핵 및 코로나19 검사에 제한을 받을 수 있습니다.

- กรุณาทำเครื่องหมายรายการตรวจที่คุณต้องการรับการตรวจ (원망하는 검사에 체크 표시해주세요.)
 - การตรวจวัณโรค (결핵검진)
 - การตรวจวัณโรคและตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 (สำหรับหัวข้อที่เกี่ยวข้องเท่านั้น) 결핵검진 및 코로나19 검사(대상자에 한함)

[หมายเหตุ] จะทำการแจ้งผลการตรวจโรคอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรให้เป็นรายบุคคลในวันที่ทำการตรวจหรือภายใน 3 วัน ที่ทำการตรวจ และจะไม่มอบข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้รับการตรวจ

* หากทำการตรวจที่นอกเหนือจากการตรวจเชิงซีเรย์ทรวงอก (การตรวจเสมหะ) จะสามารถแจ้งผลการตรวจได้ 3 วันหลังจากทำการตรวจดังกล่าว

[연세 사항] 검진 결과는 검사 당일 또는 3일 이내 서면으로 개별적으로 통지하며, 수검자 동의 없이 제3자에게 검진 결과를 제공하지 않음을 알려드립니다.
 * 총부인 검사와 추가 검사(계담 검사)를 시행한 경우 검사 결과가 3일 이후에 통보 될 수 있습니다.

■ รายละเอียดในการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (개인정보 수집·이용 내역)

วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล (개인정보 수집·이용목적)	รายการข้อมูลส่วนบุคคลที่จะเก็บรวบรวม (개인정보 수집 항목)	ระยะเวลาการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล (개인정보 수집·이용목적)
การตรวจวัณโรคและตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19 และการประเมินผลโครงการ (결핵검진 및 코로나19검사 및 사업 평가)	ชื่อ, เพศ, ที่อยู่, หมายเลขโทรศัพท์เพื่อทำการติดต่อ, ประเภทของการประกันสุขภาพทางการแพทย์และวันทำงาน (성명, 성별, 주소, 연락처, 의료보험 종별, 국가, 입국년도)	แบบกึ่งถาวร (준영구)

○ การให้ความยินยอมแก่การเก็บรวบรวมข้อมูลและข้อเสียต่างๆ: คุณสามารถปฏิเสธที่จะให้ความยินยอมได้ หากคุณปฏิเสธ จะไม่สามารถทำการตรวจหาวัณโรคและตรวจหาเชื้อไวรัส COVID-19

수집 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 수집·이용 동의를 거부하실 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

*หมายเหตุอื่นๆ: ข้อมูลยืนยันตัวตนเฉพาะบุคคล (หมายเลขทะเบียนผู้พัก) และข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ) จะถูกเก็บรวบรวมอย่างสอดคล้องตามมาตราที่ 14 (การดำเนินการกับข้อมูลยืนยันตัวตนเฉพาะบุคคลและข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อน) ของกฎหมายว่าด้วยการป้องกันวัณโรคและมาตราที่ 42-2 (การดำเนินการกับข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความละเอียดอ่อนและข้อมูลยืนยันตัวตนเฉพาะบุคคล) ของระเบียบการบังคับใช้กฎหมายทางการแพทย์

기타고지 사항: 고유식별정보(주민등록번호) 및 민감정보(건강정보)는 결핵예방법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)와 의료법 시행령 제42조의2 (민감정보 및 고유식별정보의 처리)를 근거로 수집하고 있습니다.

▶ คุณยินยอมให้เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้นหรือไม่ (위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?)

ยินยอม (동의함) **ไม่ยินยอม (동의하지 않음)**

■ รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลที่จะมอบให้บุคคลภายนอก (จำกัดเฉพาะสำหรับบุคคลที่มีอาการของวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค หรือผู้ติดเชื้อไวรัส COVID-19) (개인정보 제3자 제공 내역 (결핵 유소견자 또는 결핵환자 또는 코로나19 환자에 한함))

สถานที่ที่จะมอบข้อมูลส่วนบุคคลให้ (개인정보 제공받는 기관)	วัตถุประสงค์ของการมอบข้อมูลส่วนบุคคล (개인정보 제공 목적)	รายการข้อมูลส่วนบุคคลที่จะมอบให้ (개인정보 제공 항목)	ระยะเวลาการเก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคล (개인정보 보유기간)
ศูนย์สาธารณสุขที่ 1 ย่านนาจ (관할 보건소)	การดูแลจัดการบุคคลที่มีอาการของวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค และผู้ติดเชื้อไวรัส COVID-19 (결핵 유소견자 및 환자 관리, 코로나19 환자 관리)	ชื่อ, เพศ, วันเกิด, และผลการตรวจหาวัณโรคและเชื้อไวรัส COVID-19 (성명, 성별, 생년월일, 결핵검진결과, 코로나검사결과)	1 ปี นับจากวันที่มอบข้อมูลให้ (제공일로부터 1년)

○ การยินยอมให้มอบข้อมูลแก่บุคคลภายนอกและข้อเสียต่างๆ: คุณสามารถปฏิเสธที่จะให้ความยินยอมได้ หากคุณปฏิเสธที่จะมอบข้อมูลส่วนบุคคล จะไม่สามารถทำการตรวจหาวัณโรคและตรวจหาเชื้อ COVID-19

제3자 동의 및 불이익: 동의를 거부할 수 있으며, 개인정보 제공 동의를 거부하실 경우 결핵검진 및 코로나19 검사를 실시할 수 없습니다.

▶ คุณยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่บุคคลภายนอกดังกล่าวข้างต้นหรือไม่ (위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?)

ยินยอม (동의함) **ไม่ยินยอม (동의하지 않음)**

ขอยืนยันเนื้อหาต่างๆ ข้างต้นว่าถูกต้อง (위의 사항을 확인합니다.)

วันที่: _____, 2020

(서인) ผู้ป่วย: _____ (ลายเซ็นหรือประทับตรา)

(병원대리인) ตัวแทนตามกฎหมาย: _____ (ลายเซ็นหรือประทับตรา)

〈중국어〉

关于「结核检查及新冠肺炎检查」 收集·使用个人信息及提供给第三方同意书

为了尽早发现·治疗结核患者及新冠肺炎患者,防止病情传染而进行结核检查及新冠肺炎检查.检查需要填写收集·使用个人信息及提供给第三方同意书.您可以选择不同意收集·使用个人信息及提供给第三方同意书,但是不同意将无法进行结核检查及新冠肺炎检查.

■ 选择您希望接受的检查.

- 结核检查 结核检查及新冠肺炎检查(仅限对象)

[注意事项] 检查结果会在检查当日或3天之内以书面形式个别通知,未经检查者同意,不会向第三方提供检查结果.

* 除胸部 X光检查外,追加检查(唾液检查)结果会在3日以后通知.

■ 收集·使用个人信息 内容

收集·使用个人信息目的	收集个人信息项目	个人信息保留期限
结核检查及 新冠肺炎检查及 工作评估	姓名,性别,地址,电话,医疗保险种类,国家,入韩年度	准永久

○ 是否同意 提供信息 : 您可以选择不同意,但是拒绝收集·使用个人信息,将无法进行结核检查及新冠肺炎检查.

※ 其他注意事项 : 收集固定识别信息(居民身份证号码)及敏感信息(健康信息)是根据结核预防方法 执行令 第14条(敏感信息及固定识别信息的处理)和医疗法 执行令 第42-2条(敏感信息及固定识别信息的处理)而进行的.

☞ 如上所述,您同意收集·使用个人信息吗?

同意 不同意

■ 个人信息提供给第三方 内容 (仅限有结核病情者或结核患者或新冠肺炎患者)

接收个人信息的机构	提供个人信息目的	提供个人信息项目	个人信息保留期限
管辖保健所	管理结核新确诊者及结核患者,管理新冠肺炎患者	姓名,性别,出生年月,结核检查结果,新冠肺炎检查结果	提供之日起 1年

○ 是否同意 提供信息 : 您可以选择不同意,但是拒绝提供个人信息,将无法进行结核检查及新冠肺炎检查.

☞ 如上所述,您同意提供个人信息吗?

同意 不同意

确认以上事项.

2020年 月 日

本人 : (签名)

法定代理人 : (签名)

Consimțământul informat pentru colectarea și utilizarea informațiilor personale și furnizarea acestora către o terță parte [Depistarea tuberculozei și testarea COVID-19]											
<p>Examinarea pentru tuberculoză și testarea pentru COVID-19 sunt efectuate pentru a identifica și trata pacienții cu tuberculoză și COVID-19 în stadiile incipiente, pentru a preveni răspândirea acestora. Pentru a face acest lucru, vă cerem să completați un consimțământ informat pentru colectarea și utilizarea informațiilor personale și furnizarea acestora unei terțe părți. Aveți dreptul de a refuza consimțământul pentru colectarea și utilizarea informațiilor personale și furnizarea acestora către o terță parte. Cu toate acestea, în cazul unui refuz, pot exista restricții privind testarea pentru tuberculoză și COVID-19.</p> <p>■ Vă rugăm să bifați examenul la care doriți să vă supus.</p> <p><input type="checkbox"/> Examinarea pentru tuberculoză</p> <p><input type="checkbox"/> Examinarea pentru tuberculoză și testarea pentru COVID-19 (numai pentru subiectele relevante)</p>											
<p>[Notă] Rezultatele sunt raportate individual în scris într-o zi sau în termen de 3 zile după examinare și nu sunt dezvăluite unei terțe părți fără consimțământul persoanei examinate.</p> <p>* Dacă se efectuează o altă examinare decât o radiografie toracică (examinarea sputei), rezultatele pot fi disponibile după 3 zile.</p>											
<p>■ Detalii privind colectarea și utilizarea informațiilor personale</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Scopul colectării și utilizării informațiilor personale</th> <th style="width: 33%;">Informații personale colectate</th> <th style="width: 34%;">Perioada de stocare a informațiilor personale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Examinarea pentru tuberculoză și testarea pentru COVID-19, precum și evaluarea proiectului</td> <td style="padding: 2px;">Numele complet, sexul, adresa, numărul de contact, categoria asigurării de sănătate și ziua de muncă</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><u>Aproape la infinit</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Consimțământul pentru colectare și inconveniente asociate: puteți renunța. În cazul refuzului dumneavoastră, nu se efectuează examenul pentru tuberculoză și COVID-19.</p> <p>※ ALTE NOTE : Informațiile unice de identificare (numărul de înregistrare) și informațiile confidențiale (informațiile de sănătate) sunt colectate în conformitate cu articolul 14 (Prelucrarea informațiilor de identificare confidențiale și unice) din Legea privind prevenirea tuberculozei și articolul 42-2 (Prelucrarea identificării confidențiale și unice) din Regulile de aplicare a drepturilor medicale.</p> <p>▶ Sunteți de acord cu colectarea și utilizarea informațiilor personale așa cum este menționat mai sus?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Sunt de acord <input type="checkbox"/> Nu sunt de acord</p>				Scopul colectării și utilizării informațiilor personale	Informații personale colectate	Perioada de stocare a informațiilor personale	Examinarea pentru tuberculoză și testarea pentru COVID-19, precum și evaluarea proiectului	Numele complet, sexul, adresa, numărul de contact, categoria asigurării de sănătate și ziua de muncă	<u>Aproape la infinit</u>		
Scopul colectării și utilizării informațiilor personale	Informații personale colectate	Perioada de stocare a informațiilor personale									
Examinarea pentru tuberculoză și testarea pentru COVID-19, precum și evaluarea proiectului	Numele complet, sexul, adresa, numărul de contact, categoria asigurării de sănătate și ziua de muncă	<u>Aproape la infinit</u>									
<p>■ Detalii despre informațiile personale care vor fi partajate cu o terță parte (numai pentru persoanele cu simptome de tuberculoză, bolnavi cu tuberculoză sau COVID-19)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Instituti la care trebuie să fie furnizate informații personale</th> <th style="width: 25%;">Scopul furnizării de informații personale</th> <th style="width: 25%;">Informații personale furnizate</th> <th style="width: 25%;">Perioada de stocare a informațiilor personale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Centru de sănătate publică conform jurisdicției</td> <td style="padding: 2px;">Managementul persoanelor cu simptome de tuberculoză, al pacienților cu tuberculoză și COVID-19</td> <td style="padding: 2px;">Numele complet, sexul, data nașterii și rezultatele testării pentru tuberculoză și COVID-19</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;"><u>1 an de la data furnizării</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Consimțământul pentru furnizare și inconveniente aferente: puteți refuza să oferiți consimțământul. În cazul refuzului de a furniza date cu caracter personal, examinarea pentru tuberculoză și testarea pentru COVID-19 nu pot fi efectuate.</p> <p>▶ Sunteți de acord cu furnizarea de informații personale așa cum este menționat mai sus?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Sunt de acord <input type="checkbox"/> Nu sunt de acord</p>				Instituti la care trebuie să fie furnizate informații personale	Scopul furnizării de informații personale	Informații personale furnizate	Perioada de stocare a informațiilor personale	Centru de sănătate publică conform jurisdicției	Managementul persoanelor cu simptome de tuberculoză, al pacienților cu tuberculoză și COVID-19	Numele complet, sexul, data nașterii și rezultatele testării pentru tuberculoză și COVID-19	<u>1 an de la data furnizării</u>
Instituti la care trebuie să fie furnizate informații personale	Scopul furnizării de informații personale	Informații personale furnizate	Perioada de stocare a informațiilor personale								
Centru de sănătate publică conform jurisdicției	Managementul persoanelor cu simptome de tuberculoză, al pacienților cu tuberculoză și COVID-19	Numele complet, sexul, data nașterii și rezultatele testării pentru tuberculoză și COVID-19	<u>1 an de la data furnizării</u>								
<p>Prin prezenta îmi dau acordul pentru îndeplinirea punctelor menționate mai sus</p> <p style="text-align: right;">Data: _____, 2022</p> <p>Pacient: _____ (semnătură sau ștampilă)</p> <p>Reprezentant legal: _____ (semnătură sau ștampilă)</p>											

<말레이시아어>

Persetujuan yang Termaklum untuk Pengumpulan dan Penggunaan Maklumat Peribadi dan Peruntukan kepada pihak ke-3 untuk [Pemeriksaan Tuberkulosis dan Ujian COVID-19]											
<p>Pemeriksaan Tuberkulosis dan ujian COVID-19 sedang dijalankan untuk mengesan dan merawat pesakit tuberkulosis dan COVID-19 pada peringkat awal untuk mencegah penyebaran penyakit. Untuk tujuan ini, kami meminta anda melengkapkan persetujuan temaklum untuk pengumpulan dan penggunaan maklumat peribadi dan peruntukan kepada pihak ketiga. Anda mempunyai hak untuk menolak persetujuan mengambil pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19.</p> <p>■ Sila tandakan pemeriksaan yang ingin anda ambil.</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan Tuberkulosis</p> <p><input type="checkbox"/> Pemeriksaan Tuberkulosis dan COVID-19 (hanya untuk subjek yang berkenaan)</p>											
<p>[Notis] Keputusan akan dimaklumkan secara individu secara bertulis pada hari pemeriksaan atau dalam tempoh 3 hari selepas pemeriksaan, dan tidak boleh diberikan kepada pihak ketiga tanpa kebenaran peserta.</p>											
<p>■ Butiran pengumpulan dan penggunaan maklumat peribadi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tujuan pengumpulan dan penggunaan maklumat peribadi</th> <th>Item maklumat peribadi yang perlu dikumpul</th> <th>Tempoh penyimpanan maklumat peribadi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19, dan penilaian projek</td> <td>Nama, jantina, alamat, No. telefon, kategori insurans perubatan dan hari bekerja</td> <td><u>Separuh kekal</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Persetujuan untuk pengumpulan data dan keburukan: Anda boleh menolak untuk bersetuju. Jika anda tidak bersetuju, pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19 tidak boleh dilaksanakan.</p> <p>ⓧ NOTIS LAIN : MAKLUMAT PENGENALAN UNIK (NO. PENDAFTARAN PEMASTAUTIN) DAN MAKLUMAT SENSITIF (MAKLUMAT KESIHATAN) DIKUMPUL MENGIKUT PERKARA 14 (PEMROSESAN MAKLUMAT PENGENALAN SENSITIF DAN UNIK) AKTA PENCEGAHAN TUBERKULOSIS DAN PERKARA 42-2 (PEMROSESAN DATA SENSITIF DAN MAKLUMAT PENGENALAN UNIK) PERATURAN PENGUATKUASAAN UNDANG-UNDANG PERUBATAN.</p> <p>▶ ADAKAH ANDA BERSETUJU DENGAN PENGUMPULAN DAN PENGGUNAAN MAKLUMAT PERIBADI SEPERTI DI ATAS?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>				Tujuan pengumpulan dan penggunaan maklumat peribadi	Item maklumat peribadi yang perlu dikumpul	Tempoh penyimpanan maklumat peribadi	Pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19, dan penilaian projek	Nama, jantina, alamat, No. telefon, kategori insurans perubatan dan hari bekerja	<u>Separuh kekal</u>		
Tujuan pengumpulan dan penggunaan maklumat peribadi	Item maklumat peribadi yang perlu dikumpul	Tempoh penyimpanan maklumat peribadi									
Pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19, dan penilaian projek	Nama, jantina, alamat, No. telefon, kategori insurans perubatan dan hari bekerja	<u>Separuh kekal</u>									
<p>■ Butiran maklumat peribadi yang perlu diberikan kepada pihak ketiga (terhad kepada mereka yang mempunyai gejala tuberkulosis, pesakit tuberkulosis, pesakit COVID-19)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Institusi yang akan diberikan maklumat peribadi</th> <th>Tujuan penyediaan maklumat peribadi</th> <th>Item maklumat peribadi yang perlu diberikan</th> <th>Tempoh penyimpanan maklumat peribadi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pusat kesihatan awam dengan bidang kuasa</td> <td>Pengurusan orang yang mempunyai simptom tuberkulosis, pesakit tuberkulosis dan pesakit COVID-19</td> <td>Nama, jantina, tarikh lahir, dan keputusan pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19</td> <td><u>1 tahun dari tarikh peruntukan</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Persetujuan untuk pengumpulan data dan keburukan: Anda boleh menolak untuk bersetuju. Jika anda tidak bersetuju, pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19 tidak boleh dilaksanakan.</p> <p>▶ Adakah anda bersetuju dengan pengumpulan dan penggunaan maklumat peribadi seperti di atas?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>				Institusi yang akan diberikan maklumat peribadi	Tujuan penyediaan maklumat peribadi	Item maklumat peribadi yang perlu diberikan	Tempoh penyimpanan maklumat peribadi	Pusat kesihatan awam dengan bidang kuasa	Pengurusan orang yang mempunyai simptom tuberkulosis, pesakit tuberkulosis dan pesakit COVID-19	Nama, jantina, tarikh lahir, dan keputusan pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19	<u>1 tahun dari tarikh peruntukan</u>
Institusi yang akan diberikan maklumat peribadi	Tujuan penyediaan maklumat peribadi	Item maklumat peribadi yang perlu diberikan	Tempoh penyimpanan maklumat peribadi								
Pusat kesihatan awam dengan bidang kuasa	Pengurusan orang yang mempunyai simptom tuberkulosis, pesakit tuberkulosis dan pesakit COVID-19	Nama, jantina, tarikh lahir, dan keputusan pemeriksaan tuberkulosis dan ujian COVID-19	<u>1 tahun dari tarikh peruntukan</u>								
<p>Dengan ini, isu di atas disahkan.</p> <p style="text-align: right;">Tarikh: _____, 2022</p> <p style="text-align: right;">Pesakit: (Tandatangan atau cop rasmi)</p> <p style="text-align: right;">Wakih sah : (Tandatangan atau cop rasmi)</p>											

<스와힐리어>

Idhini Iliyoarifiwa ya Kukusanya na Kutumia Maelezo ya Kibinafsi na Utoaji kwa Mhusika Mwingine kwa ajili ya [Uchunguzi wa Kifua Kikuu na Upimaji wa COVID-19]

Uchunguzi wa kifua kikuu na upimaji wa COVID-19 zinafanywa ili kugundua na kutibu wagonjwa wa kifua kikuu na COVID-19 katika hatua za awali ili kuzuia kuenea kwa magonjwa hayo. Kwa kusudi hili, tunakuomba ukamilishe idhini iliyoarifiwa ya kukusanya na kutumia maelezo ya kibinafsi na utoaji kwa mhusika mwingine. Una haki ya kukataa idhini ya kukusanya na kutumia maelezo ya kibinafsi na utoaji kwa mhusika mwingine. Hata hivyo, ukikataa, kunaweza kuwa na vikwazo katika utekelezaji wa uchunguzi wa kifua kikuu na upimaji wa COVID-19.

- Tafadhali angalia uchunguzi unaotaka kufanyiwa.
 - Uchunguzi wa kifua kikuu
 - Uchunguzi wa kifua kikuu na upimaji wa COVID-19 (kwa wanaohusika pekee)

[Notisi] Mhusika atajulishwa binafsi matokeo ya uchunguzi katika maandishi siku ya au ndani ya siku 3 za uchunguzi, na hayataolewa kwa mtu mwingine bila idhini ya anayefanyiwa uchunguzi.

* Ikiwa upimaji mwingine isipokuwa upimaji wa X-ray ya kifua (uchunguzi wa kamasi) utatekelezwa, unaweza kujulishwa matokeo baada ya siku 3.

■ Taarifa ya ukusanyaji na matumizi ya maelezo ya kibinafsi

Kusudi la ukusanyaji na matumizi ya maelezo ya kibinafsi	Vipengee vya maelezo ya kibinafsi ambayo yatakusanywa	Kipindi cha kuhifadhi maelezo ya kibinafsi
Uchunguzi wa kifua kikuu na upimaji wa COVID-19, na tathmini ya uchunguzi	Jina, jinsia, amwani, nambari ya mawasiliano, kitengo cha bima ya matibabu na siku ya kazi	<u>Muda mfupi</u>

○ Idhini ya kukusanya na hasara: Unaweza kukataa kutoa idhini. Ukikataa, uchunguzi wa kifua kikuu na upimaji wa COVID-19 hauwezi kufanywa.

Notisi Nyingine: Maelezo ya pekee ya utambulisho (nambari ya usajili wa mkazi) na maelezo nyeti (maelezo ya afya) yanakusanywa kwa mujibu wa Kifungu cha 14 (Uchakataji wa Maelezo Nyeti na ya Pekee ya Utambulisho) wa Sheria ya Kuzuia Kifua Kikuu na Kifungu cha 42-2 (Uchakataji wa Maelezo Nyeti na ya Pekee ya Utambulisho) wa Sheria za Utekelezaji za Sheria ya Matibabu.

Je, unatoa idhini ya kukusanywa na kutumia maelezo ya kibinafsi kama ilivyo hapo juu?

Nakubali Sikubali

■ Taarifa ya maelezo ya kibinafsi kutolewa kwa wahusika wengine (kwa watu tu walio na dalili za kifua kikuu, wagonjwa wa kifua kikuu, au mgonjwa wa COVID-19)

Taasisi itakayopewa maelezo ya kibinafsi	Kusudi la utoaji wa maelezo ya kibinafsi	Vipengee vya maelezo ya kibinafsi ambayo yatatolewa	Kipindi cha kuhifadhi maelezo ya kibinafsi
Kituo cha afya cha umma chenye mamlaka	Usimamizi wa watu wenye dalili za kifua kikuu, wagonjwa wa kifua kikuu na COVID-19	Jina, jinsia, tarehe ya kuzaliwa, uchunguzi wa kifua kikuu na matokeo ya kipimo cha COVID-19	<u>Mwaka 1 kutoka tarehe ya utoaji</u>

○ Idhini ya utoaji na hasara: Unaweza kukataa kutoa idhini. Ukikataa kutoa maelezo ya kibinafsi, uchunguzi wa ugonjwa wa kifua kikuu na upimaji wa COVID-19 hauwezi kufanywa.

▶ Je, unakubali utoaji wa maelezo ya kibinafsi kama ilivyo hapo juu?

Nakubali Sikubali

Masuala yaliyo hapo juu yanathibitishwa.

Tarehe: _____, 2022

Mgonjwa: (sahihi au muhuri)

Mwakilishi wa kisheria: (sahihi au muhuri)

<스페인어>

Consentimiento informado para la recopilación y el uso de información personal y la provisión a terceros para [examen de tuberculosis y prueba de COVID-19]											
<p>Se están realizando exámenes de tuberculosis y pruebas de COVID-19 para detectar y vencer a la tuberculosis y COVID-19 en pacientes en etapas tempranas para evitar su propagación. Para este propósito, le solicitamos que complete el consentimiento informado para la recopilación y el uso de información personal y la provisión a terceros. Tiene derecho a rechazar el consentimiento para la recopilación y el uso de información personal y la provisión a terceros. Sin embargo, si se niega, puede haber restricciones en la realización del examen de tuberculosis y la prueba de COVID-19.</p> <p>■ Por favor marque el examen al que desea someterse. <input type="checkbox"/> Examen de tuberculosis <input type="checkbox"/> Examen de tuberculosis y prueba de COVID-19 (solo para los sujetos correspondientes)</p>											
<p>[Aviso] Los resultados del examen se notificarán individualmente por escrito el día del examen o dentro de los 3 días posteriores, y no se proporcionarán a terceros sin el consentimiento del examinado. * Si se realizan pruebas distintas a la radiografía de tórax (prueba de flema), los resultados se pueden notificar a los 3 días de la misma.</p>											
<p>■ Detalles de la recopilación y el uso de la información personal</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Propósito de la recopilación y uso de la información personal</th> <th>Elementos de información personal que se recopilarán</th> <th>Período de retención de la información personal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Examen de tuberculosis y pruebas de COVID-19, y evaluación de proyectos</td> <td>Nombre, sexo, dirección, teléfono de contacto, categoría de seguro médico y jornada laboral</td> <td><u>Semi permanentemente</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>○ Consentimiento para la recopilación y desventajas: puede negarse a dar su consentimiento. Si se niega, el examen de tuberculosis y la prueba de COVID-19 no se pueden realizar.</p> <p>※ OTROS AVISOS: LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA (NÚMERO DE REGISTRO DE RESIDENTE) Y LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (INFORMACIÓN DE SALUD) SE RECOPILAN DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 14 (PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN ÚNICA Y CONFIDENCIAL) DE LA LEY DE PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y EL ARTÍCULO 42-2 (PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN SENSIBLE Y ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN) DEL REGLAMENTO DE APLICACIÓN DE LA LEY MÉDICA.</p> <p>▶ ¿Da su consentimiento para la recopilación y el uso de la información personal como se indica anteriormente? <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No, no estoy de acuerdo</p>				Propósito de la recopilación y uso de la información personal	Elementos de información personal que se recopilarán	Período de retención de la información personal	Examen de tuberculosis y pruebas de COVID-19, y evaluación de proyectos	Nombre, sexo, dirección, teléfono de contacto, categoría de seguro médico y jornada laboral	<u>Semi permanentemente</u>		
Propósito de la recopilación y uso de la información personal	Elementos de información personal que se recopilarán	Período de retención de la información personal									
Examen de tuberculosis y pruebas de COVID-19, y evaluación de proyectos	Nombre, sexo, dirección, teléfono de contacto, categoría de seguro médico y jornada laboral	<u>Semi permanentemente</u>									
<p>■ Detalles de la información personal que se proporcionará a terceros (limitado a personas con síntomas de tuberculosis, pacientes con tuberculosis o pacientes con COVID-19)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Institución a la que se proporcionará información personal</th> <th>Propósito del suministro de datos personales</th> <th>Elementos de información personal que se proporcionarán</th> <th>Período de retención de información personal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Centro de salud pública con jurisdicción</td> <td>Manejo de personas con síntomas de tuberculosis, pacientes tuberculosos y COVID-19</td> <td>Nombre, sexo, fecha de nacimiento y examen de tuberculosis y resultados de la prueba COVID-19</td> <td><u>1 año a partir de la fecha de provisión</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>○ Consentimiento a la prestación y desventajas: Puede negarse a dar su consentimiento. Si se niega a proporcionar información personal, no se puede realizar un examen de tuberculosis ni una prueba de COVID-19.</p> <p>▶ ¿Está de acuerdo con la provisión de información personal como se indica anteriormente? <input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> No, no estoy de acuerdo</p>				Institución a la que se proporcionará información personal	Propósito del suministro de datos personales	Elementos de información personal que se proporcionarán	Período de retención de información personal	Centro de salud pública con jurisdicción	Manejo de personas con síntomas de tuberculosis, pacientes tuberculosos y COVID-19	Nombre, sexo, fecha de nacimiento y examen de tuberculosis y resultados de la prueba COVID-19	<u>1 año a partir de la fecha de provisión</u>
Institución a la que se proporcionará información personal	Propósito del suministro de datos personales	Elementos de información personal que se proporcionarán	Período de retención de información personal								
Centro de salud pública con jurisdicción	Manejo de personas con síntomas de tuberculosis, pacientes tuberculosos y COVID-19	Nombre, sexo, fecha de nacimiento y examen de tuberculosis y resultados de la prueba COVID-19	<u>1 año a partir de la fecha de provisión</u>								
<p>Los problemas anteriores se confirman por la presente</p> <p style="text-align: right;">Fecha: _____, 2022</p> <p>Paciente: _____ (firma o sello)</p> <p>Representante legal: _____ (firma o sello)</p>											

Fərdi məlumatların toplanmasına və istifadəsinə və üçüncü tərəfə verilməsinə məlumatlı razılıq [vərəm müayinəsi və COVID-19 testi]										
<p>Vərəm müayinəsi və COVID-19 testi həmin xəstəliklərin yayılmasının qarşısını almaq üçün vərəm və COVID-19 xəstələrinin erkən mərhələlərdə aşkarlanması və müalicəsi məqsədi ilə aparılır. Bunun üçün biz sizdən fərdi məlumatların toplanması və istifadəsi və üçüncü tərəfə verilməsi üçün məlumatlı razılığın doldurulmasını xahiş edirik. Sizin fərdi məlumatlarınızın toplanmasına və istifadəsinə və üçüncü tərəfə verilməsinə razılıq verməkdən imtina etmək hüququnuz vardır. Bununla belə, imtina halında, vərəm və COVID-19 müayinəsinin aparılmasında məhdudiyyətlər ola bilər.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Zəhmət olmasa keçmək istədiyiniz müayinəni qeyd edin. <input type="checkbox"/> Vərəm müayinəsi <input type="checkbox"/> Vərəm və COVID-19 müayinəsi (yalnız müvafiq subyektlər üçün)</p>										
<p>[Qeyd] Nəticələr müayinədən sonra həmin gün və ya 3 gün ərzində fərdi olaraq yazılı şəkildə bildirilir və müayinə olunanın razılığı olmadan üçüncü tərəfə verilmir. * Döş qəfəsi orqanlarının rentgen müayinəsindən başqa bir müayinə aparılırsa (bəlgəm müayinəsi), nəticələr 3 gündən sonra verilə bilər.</p>										
<p>■ Şəxsi məlumatların toplanmasının və istifadə edilməsinin təfərrüatları</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Şəxsi məlumatların toplanması və istifadəsi məqsədi</th> <th style="width: 33%;">Toplanan fərdi informasiya məlumatları</th> <th style="width: 33%;">Fərdi məlumatların saxlanma müddəti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vərəm müayinəsi və COVID-19 testi və həmçinin layihənin qiymətləndirilməsi</td> <td>SAA, cinsi, ürvanı, əlaqə nömrəsi, tibbi sığorta kateqoriyası və iş günü</td> <td><u>Demək olar ki, müddətsiz</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Toplamaya razılıq və əlaqəli narahatlıqlar: siz razılıqdan imtina edə bilərsiniz. İmtina etdiyiniz təqdirdə vərəm və COVID-19 müayinəsi aparılmır.</p> <p>※ DİĞƏR QEYDLƏR: UNİKAL EYNİLƏŞDİRME MƏLUMATLARI (QEYDİYYAT NÖMRƏSİ) VƏ MƏXFİ MƏLUMATLAR (SAĞLAMLIQ HAQQINDA MƏLUMATLARI) VƏRƏMİN QARŞISININ ALINMASI HAQQINDA QANUNUN 14-CÜ MADDƏSİNƏ (MƏXFİ VƏ UNİKAL EYNİLƏŞDİRME MƏLUMATLARININ İŞLƏNMƏSİ) VƏ TİBBİ HÜQUQUUN TƏTBİQİ QAYDALARININ 42-2-Cİ MADDƏSİNƏ (MƏXFİ VƏ UNİKAL EYNİLƏŞDİRME MƏLUMATLARININ İŞLƏNMƏSİ) UYGUN OLARAQ TOPLANIR.</p> <p>► Yuxarıda göstəriləndiyi kimi şəxsi məlumatların toplanmasına və istifadə edilməsinə razılıq verirsinizmi? <input type="checkbox"/> Razıyam <input type="checkbox"/> Razi deyiləm</p>			Şəxsi məlumatların toplanması və istifadəsi məqsədi	Toplanan fərdi informasiya məlumatları	Fərdi məlumatların saxlanma müddəti	Vərəm müayinəsi və COVID-19 testi və həmçinin layihənin qiymətləndirilməsi	SAA, cinsi, ürvanı, əlaqə nömrəsi, tibbi sığorta kateqoriyası və iş günü	<u>Demək olar ki, müddətsiz</u>		
Şəxsi məlumatların toplanması və istifadəsi məqsədi	Toplanan fərdi informasiya məlumatları	Fərdi məlumatların saxlanma müddəti								
Vərəm müayinəsi və COVID-19 testi və həmçinin layihənin qiymətləndirilməsi	SAA, cinsi, ürvanı, əlaqə nömrəsi, tibbi sığorta kateqoriyası və iş günü	<u>Demək olar ki, müddətsiz</u>								
<p>■ Üçüncü tərəfə veriləcək fərdi məlumatlarla bağlı təfərrüatlar (yalnız vərəm əlamətləri olan, vərəm xəstələri və ya COVID-19 xəstələri üçün)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Fərdi məlumat verməli olan qurumlar</th> <th style="width: 25%;">Fərdi məlumatların verilməsinin məqsədi</th> <th style="width: 25%;">Verilən fərdi informasiya məlumatları</th> <th style="width: 25%;">Fərdi məlumatların saxlanma müddəti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yurisdiksiyası üzrə İctimai Sağlamlıq Mərkəzi</td> <td>Vərəm əlamətləri olan, vərəm və COVID-19 xəstəsi olan şəxslərin müalicəsi</td> <td>SAA, cinsi, doğum tarixi və vərəm müayinəsi və COVID-19 testinin nəticələri</td> <td><u>Təqdim edildiyi tarixdən 1 il</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><input type="checkbox"/> Təqdim edilmə razılığı və əlaqəli narahatlıqlar: siz razılıq verilməsindən imtina edə bilərsiniz. Şəxsi məlumatların verilməsindən imtina edildiyi halda, vərəm müayinəsi və COVID-19 testi aparıla bilməz.</p> <p>► Yuxarıda göstəriləndiyi kimi şəxsi məlumatların verilməsinə razılıq verirsinizmi? <input type="checkbox"/> Razıyam <input type="checkbox"/> Razi deyiləm</p>			Fərdi məlumat verməli olan qurumlar	Fərdi məlumatların verilməsinin məqsədi	Verilən fərdi informasiya məlumatları	Fərdi məlumatların saxlanma müddəti	Yurisdiksiyası üzrə İctimai Sağlamlıq Mərkəzi	Vərəm əlamətləri olan, vərəm və COVID-19 xəstəsi olan şəxslərin müalicəsi	SAA, cinsi, doğum tarixi və vərəm müayinəsi və COVID-19 testinin nəticələri	<u>Təqdim edildiyi tarixdən 1 il</u>
Fərdi məlumat verməli olan qurumlar	Fərdi məlumatların verilməsinin məqsədi	Verilən fərdi informasiya məlumatları	Fərdi məlumatların saxlanma müddəti							
Yurisdiksiyası üzrə İctimai Sağlamlıq Mərkəzi	Vərəm əlamətləri olan, vərəm və COVID-19 xəstəsi olan şəxslərin müalicəsi	SAA, cinsi, doğum tarixi və vərəm müayinəsi və COVID-19 testinin nəticələri	<u>Təqdim edildiyi tarixdən 1 il</u>							
<p>Bununla yuxarıda göstərilən bəndlərin yerinə yetirilməsinə razılıq verirəm</p> <p style="text-align: right;">Tarix: _____, 2022</p> <p>Xəstə: _____ (imza və ya möhür)</p> <p>Qanuni nümayəndə: _____ (imza və ya möhür)</p>										

<우즈베키스탄어>

[Sil tekshiruvi va COVID-19 testi] uchun shaxsiy ma'lumotlarni to'plash va ulardan foydalanishni 3-chi tomonga taqdim etishga xabardor bo'lgan holda ruxsat berish

Sil kasalligini va COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni uning tarqalishining oldini olish uchun dastlabki bosqichlarda aniqlash va davolash uchun sil kasalligini tekshirish va COVID-19 testi o'tkazilmoqda. Shu maqsadda biz sizdan shaxsiy ma'lumotlarni to'plash va ulardan foydalanish hamda uchinchi shaxslarga taqdim etish uchun rozilik berish hujjatlarini to'ldirishingizni so'raymiz. Siz shaxsiy ma'lumotlarni to'plash va ulardan foydalanishga rozilik berishni va ularni uchinchi shaxslarga taqdim etishni rad etishga haqlisiz. Ammo, agar siz rad etsangiz, sil tekshiruv va COVID-19 testini o'tkazishda cheklolvar vujudga kelishi mumkin.

- Iltimos, o'tmoqchi bo'lgan tekshiruv turini tanlang.
 - sil kasalligini tekshirish
 - sil kasalligini tekshirish va COVID-19 testi (faqat mos keladigan masalalar uchun)

[Eslatma] Ko'rik natijalari tekshiruv kuni yoki 3 kun ichida yozma individual ravishda xabardor qilinadi va ko'rikdan o'tuvchining roziligsiz uchinchi shaxsga berilmaydi.

* Agar ko'krak qafasi rentgenidan (balg'am testi) tashqari test o'tkazilsa, natijalar 3 kundan keyin e'lon qilinishi mumkin.

- Shaxsiy ma'lumotlarni to'plash va ulardan foydalanish batafsil ma'lumoti

Shaxsiy ma'lumotlarni to'plash va ulardan foydalanish maqsadi	To'planishi kerak bo'lgan shaxsiy ma'lumotlar	Shaxsiy ma'lumotlarni saqlash muddati
Silni tekshirish va COVID-19 testi hamda loyhami baholash	Ismi, jinsi, manzili, aloqa raqami, tibbiy sug'urta toifasi va ish kuni	<u>Yarim doimiy</u>

- Ma'lumot to'plashga rozilik va noqulayliklar: Siz rozilik berishdan bosh tortishingiz mumkin. Agar rad etsangiz, silga qarshi tekshiruv va COVID-19 testini o'tkazib bo'lmaydi.

※ Boshqa eslatmalar: Identifikatsiya ma'lumotlari (rezident ro'yxatga olish raqami) va maxfiy ma'lumotlar (sog'liqni saqlash ma'lumotlari) Sil kasalligining oldini olish to'g'risidagi qonunning 14-moddasi (Identifikatsiya ma'lumotlar bilan ishlash) va 42-2-moddasiga (Nozik ma'lumotlar bilan ishlash) muvofiq yig'iladi.

- Yuqoridagi shartlarga asosan shaxsiy ma'lumotlaringizni to'plash va foydalanilishiga rozilik bildirasizmi?

roziman yo'q rozi emasman

- 3-shaxsga taqdim etilishi kerak bo'lgan shaxsiy ma'lumotlarning batafsil bayoni (sil alomatlari, sil kasalligi yoki COVID-19 bilan kasallangan bemorlar uchun cheklangan)

Shaxsiy ma'lumotlarga ega bo'ladigan muassasa	Shaxsiy ma'lumotlarni taqdim etishdan maqsad	Taqdim etilishi kerak bo'lgan shaxsiy ma'lumotlar	Shaxsiy ma'lumotlarni saqlash muddati
Yurisdiksiyaga ega bo'lgan sog'liqni saqlash markazi	Sil alomatlari, sil kasalligi va COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolash	Ism, jins, tug'ilgan sana va sil tekshiruv va COVID-19 test natijalari	<u>Taqdim etilgan kundan boshlab 1 yil</u>

- Ma'lumotni taqdim etishga rozilik vanoqulayliklar: Siz rozilik berishdan bosh tortishingiz mumkin. Agar siz shaxsiy ma'lumotlarni taqdim etishni rad etsangiz, sil kasalligi tekshiruvi va COVID-19 testini o'tkazib bo'lmaydi.

- Shaxsiy ma'lumotlaringizni yuqorida ko'rsatilgan shartlarga asosan taqdim etilishiga rozimisiz?

roziman yo'q rozi emasman

Yuqoridagilar tasdiqlanmoqda.

Sana:
 Bemor : (imzo yoki muhr)
 Qonuniy vakil: (imzo yoki muhr)

<우크라이나어>

Інформована згода на збір і використання особистої інформації та надання її третій стороні [обстеження на туберкульоз і тестування на COVID-19]

Обстеження на туберкульоз і тестування на COVID-19 проводяться з метою виявлення та лікування хворих на туберкульоз та COVID-19 на ранніх стадіях з метою запобігання їх поширенню. Для цього ми просимо вас заповнити інформовану згоду на збір і використання персональної інформації та її надання третій стороні. Ви маєте право відмовитися від згоди на збір і використання персональної інформації та її надання третій стороні. Однак у разі відмови можуть виникнути обмеження на проведення обстеження на туберкульоз та COVID-19.

- Будь ласка, позначте обстеження, яке ви бажаєте пройти.
- Обстеження на туберкульоз
- Обстеження на туберкульоз та COVID-19 (тільки для відповідних суб'єктів)

[Примітка] Результати повідомляються індивідуально в письмовій формі в день або протягом 3 днів після обстеження і не надаються третій стороні без згоди обстежуваного.

* Якщо виконуються інше обстеження, окрім рентгенологічного обстеження органів грудної клітки (дослідження мокротиння), результати можуть бути надані через 3 дні.

■ Деталі збору та використання особистої інформації

Мета збору та використання персональної інформації	Дані персональної інформації, що збираються	Період зберігання персональної інформації
Обстеження на туберкульоз та тестування на COVID-19, а також оцінка проекту	ПІБ, стать, адреса, контактний номер, категорія медичного страхування та робочий день	<u>Майже безстроково</u>

Згода на збір і пов'язані незручності: ви можете відмовитися від згоди. У разі вашої відмови проведення обстеження на туберкульоз та COVID-19 не проводиться.

※ Інші примітки: унікальна ідентифікаційна інформація (реєстраційний номер) і конфіденційна інформація (інформація про здоров'я) збираються відповідно до статті 14 (Обробка конфіденційної та унікальної ідентифікаційної інформації) Закону про запобігання туберкульозу та статті 42-2 (Обробка Конфіденційної та унікальної ідентифікаційної інформації) Правил застосування медичного права.

▶ Чи даєте ви згоду на збір і використання особистої інформації, як зазначено вище?

Згоден Не згоден

■ Деталі щодо особистої інформації, яка буде надана третій стороні (тільки для осіб з симптомами туберкульозу, хворими на туберкульоз або хворими на COVID-19)

Установи, яким необхідно надати особисту інформацію	Мета надання персональної інформації	Дані персональної інформації, що надаються	Період зберігання персональної інформації
Центр громадського здоров'я з юрисдикцією	Ведення осіб із симптомами туберкульозу, хворих на туберкульоз та COVID-19	ПІБ, стать, дата народження та результати обстеження на туберкульоз і тестування на COVID-19	<u>1 рік з дати вилання</u>

Згода на надання і пов'язані незручності: Ви можете відмовитися від надання згоди. У разі відмови від надання особистих даних обстеження на туберкульоз та тестування на COVID-19 не можуть бути проведені.

▶ Чи даєте ви згоду на надання особистої інформації, як зазначено вище?

Згоден Не згоден

Цим даю згоду на виконання вищезазначених пунктів

Дата: _____, 2022

Пацієнт: _____ (підпис або печатка)

Законний представник: _____ (підпис або печатка)

**Жеке ақпаратты жинауға, пайдалануға және оны үшінші жаққа
[туберкулезді тексеру және тестілеу Covid-19] беруге негізделген келісім**

Туберкулезді тексеру және Covid-19 талдауы туберкулезді және оның таралуын болдырмау үшін Covid-19 пациенттерін ерте кезеңде анықтау және емдеу үшін жүргізіледі. Осы мақсатта сізден жеке ақпаратты жинауға және пайдалануға және оны үшінші тарапқа беруге арналған келісімді тоқтыруыңызды сұраймыз. Сіз жеке ақпаратты жинауға, пайдалануға және оны үшінші тарапқа беруге келісуден бас тартуға құқығыңыз бар. Алайда, егер сіз бас тартсаңыз, туберкулез скринингі мен Covid-19 тестілеуінде шектеулер болуы мүмкін.

Тапсырғыңыз келетін талдауды белгілеңіз
 Туберкулезге талдау
 Туберкулез бен Covid-19 талдауы (қажет болған жағдайда)

[Ескерту] Талдау нәтижелері талдаудан кейінгі күні немесе 3 күн ішінде жазбаша түрде жеке хабарланады және талдау тапсырушының келісімінсіз үшінші тарапқа берілмеуі қажет.
 * Егер кеуде қуысының рентгенографиясынан басқа талдаулар жүргізілсе (қақырықты талдау) нәтижелерді 3 күннен кейін хабарлауға болады

■ Жеке ақпаратты жинау және пайдалану туралы мәліметтер

Жеке ақпаратты жинау және пайдалану мақсаты	Жинауға қажетті жеке ақпарат	Жеке ақпаратты сақтау мерзімі
Туберкулезге тексеру және Covid-19 талдауы	Аты, жынысы, мекен-жайы, контакт, медициналық сақтандыру санаты және жұмыс күні	<u>Жартылай тұрақты</u>

О Жинауға келісім және кемшіліктер сіз келісімнен бас тарта аласыз. Егер сіз бас тартсаңыз, туберкулезді тексеру және талдауы жүргізілмейді

※ Басқа ЕСКЕРТУЛЕР: БІРЕГЕЙ СӨЙКЕСТЕНДІРУ АҚПАРАТТЫ (РЕЗИДЕНТТІҢ ТІРКЕУ НӨМІРІ) ЖӘНЕ ҚҰПИЯ АҚПАРАТ (ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ) ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУ ТУРАЛЫ ЗАННЫҢ 14-БАБЫНА (ҚҰПИЯ ЖӘНЕ БІРЕГЕЙ СӨЙКЕСТЕНДІРУ АҚПАРАТТЫҢ ӨНДЕУ) ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЗАҢНАМАНЫ ҚОЛДАНУ ҚАҒИДАЛАРЫНЫҢ 42-2-БАБЫНА ҚҰПИЯ ЖӘНЕ БІРЕГЕЙ СӨЙКЕСТЕНДІРУ АҚПАРАТТЫҢ ӨНДЕУ СӨЙКЕС ЖИНАЛАДЫ.

▶ Ақпарат жинауға келісім бересіз бе? Иә Жоқ

■ Үшінші жаққа ұсынылуы тиіс жеке ақпарат туралы толық мәлімет
(туберкулез белгілері бар, туберкулезбен ауыратын немесе Covid-19 бар науқастармен шектелген)

Жеке ақпарат берілетін мекеме	Жеке ақпаратты ұсыну мақсаты	Берілуі тиіс жеке ақпарат	Жеке ақпараттың қолдану мерзімі
Юрисдикциясы бар қоғамдық денсаулық сақтау орталығы	Туберкулез белгілері бар адамдарды және Covid-19 пациенттерін бақырау	Аты, жынысы, мекен-жайы, контакт, медициналық сақтандыру санаты және талдау нәтижелері	Берілген күннен бастап 1 жыл

О Жинауға келісім және кемшіліктер: сіз келісімнен бас тарта аласыз. Егер сіз бас тартсаңыз, туберкулезді тексеру және Covid-19 талдауы жүргізілмейді

▶ Ақпарат жинауға келісім бересіз бе? Иә Жоқ

Жоғарыда жазылған мәліметтер осымен расталады:

Күні: _____, 2022

Науқас: _____ (қолы)

Заңды өкіл: _____ (қолы)

<포르투갈어>

Consentimento informado para a recolha e uso de informações pessoais e fornecimento a uma 3ª parte)' para [exame de tuberculose e teste de COVID-19]

O exame de tuberculose e o teste de COVID-19 estão a ser realizados para detetar e vencer a tuberculose e o COVID-19 em pacientes em estágios iniciais com o fim de evitar a propagação deles. Para este fim, solicitamos que você preencha o consentimento informado para a recolha e uso de informações pessoais e fornecimento a terceiros. Você tem o direito de se recusar a dar o seu consentimento para a recolha e uso de informações pessoais e fornecimento a terceiros. No entanto, caso recuse, pode haver restrições na realização do exame de tuberculose e teste de COVID-19.

■ Por favor, verifique o exame que deseja realizar.

- Exame da tuberculose
 Exame de tuberculose e teste de COVID-19 (apenas para os sujeitos correspondentes)

[Aviso] Os resultados do exame serão notificados individualmente por escrito no dia ou dentro de 3 dias após o exame e não devem ser fornecidos a terceiros sem o consentimento do examinado.

* Se outros testes além do teste de raio-X de tórax (exame de catarro) forem executados, os resultados podem ser notificados após 3 dias.

■ Detalhes da recolha e uso de informações pessoais

Finalidade da recolha e utilização das informações pessoais	Itens de informações pessoais a serem recolhidos	Período de retenção de informações pessoais
Exame de tuberculose e teste de COVID-19, assim como avaliação do projecto	Nome, sexo, endereço, n.º de contacto, categoria de seguro médico e jornada de trabalho	<u>semi-permanentemente</u>

○ Consentimento para a recolha e desvantagens: Você pode recusar-se a consentir. Se você se recusar, o exame de tuberculose e o teste de COVID-19 não podem ser realizados.

※ OUTROS AVISOS: INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO ÚNICAS (N.º DE REGISTRO DE RESIDENTE) E INFORMAÇÕES SENSÍVEIS (INFORMAÇÕES DE SAÚDE) SÃO RECOLHIDAS DE ACORDO COM O ARTIGO 14 (PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO SENSÍVEIS E ÚNICAS) DA LEI DE PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE E ARTIGO 42-2 (PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO SENSÍVEIS E ÚNICAS) DAS REGRAS DE APLICAÇÃO DA LEI MÉDICA.

▶ Você concorda com a recolha e uso das informações pessoais conforme acima?

Concordo Não, não concordo

■ Detalhes das informações pessoais a serem fornecidas a terceiros

(limitado a pessoas com sintomas de tuberculose, pacientes com tuberculose ou paciente com COVID-19)

Instituição a ser fornecida com informações pessoais	Finalidade do fornecimento de informações pessoais	Itens de informações pessoais a serem fornecidos	Período de retenção de informações pessoais
Centro de saúde pública com jurisdição	Gestão de pessoas com sintomas de tuberculose, tuberculose e pacientes com COVID-19	Nome, sexo, data de nascimento e exame da tuberculose e resultados do teste COVID-19	<u>1 ano a partir da data da provisão</u>

○ Consentimento para a provisão e desvantagens: Você pode recusar-se a dar o seu consentimento. Se você se recusar a fornecer informações pessoais, o exame de tuberculose e o teste de COVID-19 não poderão ser realizados.

▶ Você concorda com o fornecimento de informações pessoais como acima?

Concordo Não, não concordo

As questões acima são pelo presente confirmadas

Data: _____, 2022

Paciente: _____ (assinatura ou carimbo)

Representante legal: _____ (assinatura ou carimbo)

Consentement informé pour la collecte et l'utilisation des informations personnels et leur communication à un tiers pour [l'examen de la tuberculose et le test COVID-19].

L'examen de la tuberculose et le test COVID-19 sont effectués pour détecter et traiter les patients atteints de tuberculose et de COVID-19 à un stade précoce afin d'éviter leur propagation. À cette fin, nous vous demandons de remplir le formulaire de consentement informé pour la collecte et l'utilisation des informations personnelles et leur transmission à un tiers. Vous avez le droit de refuser de consentir à la collecte et à l'utilisation d'informations personnelles et à leur transmission à un tiers. Cependant, si vous refusez, il peut y avoir des restrictions dans l'exécution de l'examen de tuberculose et du test COVID-19.

■ Veuillez choisir l'examen auquel vous souhaitez vous soumettre.

Examen de la tuberculose

Tuberculose et test COVID-19 (uniquement pour les sujets correspondants)

[Avis] Les résultats de l'examen seront notifiés individuellement par écrit le jour même ou dans les 3 jours suivant l'examen et ne doit pas être communiquée à une tierce partie sans le consentement du candidat.

* Si un test autre que la radiographie pulmonaire (test de flegme) est effectué, les résultats peuvent être notifiés après 3 jours.

■ Détails de la collecte et de l'utilisation des informations personnelles.

Objectif de la collecte et de l'utilisation des informations personnelles	Éléments d'information personnelle à collecter	Période de conservation des informations personnelles
Examen de tuberculose et test COVID-19, et évaluation du projet	Nom, sexe, adresse, numéro de contact, catégorie d'assurance médicale et jour de travail.	<u>Semi-permanent</u>

○ Consentement à la collecte : Vous pouvez refuser de donner votre consentement. Si vous refusez, l'examen de la tuberculose et le test COVID-19 ne pourront pas être effectués.

*Autres avis : Les informations d'identification uniques (numéro d'enregistrement du résident) et les informations sensibles (informations de santé) sont collectées conformément à l'article 14 (Traitement des informations d'identification sensibles et uniques) de la loi sur la prévention de la tuberculose et à l'article 42-2 (Traitement des informations d'identification sensibles et uniques) des règles d'application de la loi médicale.

▶ Consentez-vous à la collecte et à l'utilisation des informations personnelles mentionnées ci-dessus ?

D'accord Pas d'accord

■ Détails des informations personnelles à fournir à la tierce partie.

(Limité aux personnes présentant des symptômes de tuberculose, aux malades de la tuberculose ou aux malades du COVID-19)

Institution à laquelle sont fournies des informations personnelles	Objectif de la fourniture d'informations personnelles	Éléments d'information personnelle à fournir	Période de conservation des informations personnelles
Centre de santé publique compétent	Prise en charge des personnes présentant des symptômes de tuberculose, des patients atteints de tuberculose et de COVID-19	Nom, sexe, date de naissance et résultats de l'examen de tuberculose et du test COVID-19.	<u>1 an à partir de la date de la provision</u>

○ Consentement à la prestation : Vous pouvez refuser de donner votre consentement. Si vous refusez de fournir des informations personnelles, l'examen de tuberculose et le test COVID-19 ne pourront pas être effectués.

▶ Acceptez-vous de fournir des informations personnelles comme indiqué ci-dessus ?

D'accord Pas d'accord

Les points ci-dessus sont confirmés.

Date : _____, 2022

Patient : _____ (signature ou cachet)

Représentant légal : _____ (signature ou cachet)

<힌디어>

[ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण] व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उपयोग करने और तीसरे पक्ष को प्रदान करने के लिए सूचित सहमति

रोगियों में टीबी और कोविड-19 का निदान करने और उनके प्रसार को रोकने के लिए प्रारंभिक चरण में उनका इलाज करने के लिए उनका ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण कराया जा रहा है। इस उद्देश्य से, हम आपको, आपको व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उपयोग करने और तीसरे पक्ष को प्रदान करने के लिए सूचित सहमति को पूरा करना का अनुरोध कर रहे हैं। आप अपनी व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उपयोग और उसे तीसरे पक्ष को प्रदान करने के लिए सहमति देने से इंकार कर सकते हैं। हालाँकि, यदि आप मना करते हैं, तो ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण लेने पर प्रतिबंध लग सकता है।

निम्नलिखित में से आप कौन सा परिक्षण करवाना चाहते हैं, यह देखें:

- ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण
- ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण (केवल संबंधित रोगियों के लिए)

[सूचना] परिक्षण के परिणाम, परिसंख्यान के दिन या उसके 3 दिनों के अंदर, आपको व्यक्तिगत रूप से लिखित रूप में बताए जाएंगे और परिक्षण करवाने वाले व्यक्ति की सहमति बिना, वे किसी तीसरे पक्ष को प्रदान नहीं किए जाएंगे।

* यदि छाती के एक्स-रे परिक्षण (कफ परिक्षण) के अलावा अन्य परिक्षण करवाए जाते हैं, तो उनके परिणाम 3 दिनों के बाद बताए जाएंगे।

व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उपयोग का विवरण

व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उपयोग का उद्देश्य	एकव की जाने वाले व्यक्तिगत जानकारी के विषय	व्यक्तिगत जानकारी जितने समय तक रखी जाएगी वह अवधि
ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण और परियोजना का मूल्यांकन	नाम, लिंग, पता, संपर्क नंबर, मेडिकल इंग्रॉरेंस की श्रेणी और कार्य दिवस	अर्ध-स्थायी रूप से

व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने के लिए सहमति और उसके नुकसान: आप सहमति देने से इंकार कर सकते हैं। यदि आप मना करते हैं, तो आप ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण नहीं करवा सकते।

अन्य सूचनाएं: विशिष्ट पहचान की जानकारी (निवासी पंजीकरण संख्या) और संवेदनशील जानकारी (स्वास्थ्य जानकारी), चिकित्सा कानून के प्रवर्तन नियमों के अनुच्छेद 14 (संवेदनशील और विशिष्ट पहचान सूचना का प्रसंस्करण) के अनुसार एकव की जाती है।

> क्या आप उपरोक्त व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उसे उपयोग करने के लिए सहमति देते हैं?

हाँ, मैं सहमत हूँ

नहीं, मैं सहमत नहीं हूँ

-तृतीय पक्ष को प्रदान की जाने वाली व्यक्तिगत जानकारी का विवरण (ट्यूबरकुलोसिस के लक्षण वाले व्यक्तियों, ट्यूबरकुलोसिस से पीड़ित रोगियों या कोविड-19 से पीड़ित रोगियों तक सीमित)

संस्थान, जिसे व्यक्तिगत जानकारी प्रदान की जाएगी	व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने का उद्देश्य	व्यक्तिगत जानकारी में प्रदान की जाने वाली जानकारी	व्यक्तिगत जानकारी जितने समय तक रखी जाएगी वह अवधि
शेनाधिकार वाल जनस्वास्थ्य केंद्र	ट्यूबरकुलोसिस के लक्षण वाले व्यक्तियों, ट्यूबरकुलोसिस और कोविड-19 से पीड़ित रोगियों का इलाज	नाम, लिंग, जन्म तारीख और ट्यूबरकुलोसिस और कोविड-19 परिक्षण के परिणाम	प्राप्ति की तारीख से 1 साल तक

व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने के लिए सहमति और उसके नुकसान: आप सहमति देने से इंकार कर सकते हैं। यदि आप मना करते हैं, तो आप ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण और कोविड-19 परिक्षण नहीं करवा सकते।

अन्य सूचनाएं: विशिष्ट पहचान की जानकारी (निवासी पंजीकरण संख्या) और संवेदनशील जानकारी (स्वास्थ्य जानकारी), चिकित्सा कानून के प्रवर्तन नियमों के अनुच्छेद 14 (संवेदनशील और विशिष्ट पहचान सूचना का प्रसंस्करण) के अनुसार एकव की जाती है।

> क्या आप उपरोक्त व्यक्तिगत जानकारी प्रदान करने और उसे उपयोग करने के लिए सहमति देते हैं?

हाँ, मैं सहमत हूँ

नहीं, मैं सहमत नहीं हूँ

इसके द्वारा उपरोक्त मुद्रों की पुष्टि की जाती है।

रोगी:
कानूनी प्रतिनिधि:

तारीख: _____, 2022
(हस्ताक्षर या मुहर)
(हस्ताक्षर या मुहर)

붙임 3-12 무자격체류자 검진 관련 서식(설문조사표, 29개국 번역)

■ 결핵검진 설문조사표

(영어)

Tuberculosis (TB) Questionnaire for Foreigners (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Test Date (검진일)	Year (년)	Month (월)	Date (일)	Questioner's Name (조사자명)	
Examinee's Information (수검자정보)					
Name (성명)		Gender (성별)	<input type="checkbox"/> Male(남) <input type="checkbox"/> Female(여)	Nationality (국적)	
Date of Birth (생년월일)		Medical Insurance (의료보험)	<input type="checkbox"/> Health Insurance(건강보험) <input type="checkbox"/> Medical Care Assistance(의료급여) <input type="checkbox"/> General(미가입) <input type="checkbox"/> Unknown(모름)		
Contact Information (연락처)	(결과통보용)	Address (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Items to Check Before the Test (검진 전 확인 사항)					
1. Do you currently have cough symptoms? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Yes (있음) <input type="checkbox"/> Had a cough for over two weeks (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Had a cough for less than two weeks (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Unknown (모름)					
2. Have you been diagnosed with and treated for TB in the past? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Yes (있음) <input type="checkbox"/> Unknown (모름)					
3. Do you currently have any known diseases? (현재 알고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Yes (있음) ※ Disease Name (질환명) : <input type="checkbox"/> Unknown (모름)					
Thank you for participating in the test (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

(네팔)

विविददेशशीहरूका लागि क्षयरोग (TB) प्रश्नावली (외국인 결핵검진 설문조사표)					
परीक्षण मित (검진일)	वर (년)	महिन (월)	मित (일)	प्रश्नकर्ताको नाम (조사자명)	
परीक्षार्थको जानकारी (수검자정보)					
नाम (성명)		ललिङ्ग (성별)	<input type="checkbox"/> पपुरुष (남) <input type="checkbox"/> महहिलला (여)	रराषष्ट्रियतता (국적)	
जन्म मिति (생년월일)		चचिककित्ससा बीमा (의료보험)	<input type="checkbox"/> स्ववास्थ बीमा (건강보험) <input type="checkbox"/> चचिककित्ससा स्याहार सहायता (의료급여) <input type="checkbox"/> स्ववास्थ बीमा बिना (미가입) <input type="checkbox"/> अजज्ञात (모름)		
सम्पर्क जानकारी (연락처)	(결과통보용)	ठठेगगानना (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
पररीक्षण पूर्व जाँच गर्नुपर्ने वस्तुहरू (검진 전 확인 사항)					
<p>1. तपपाईललाई हाल खोकीका लक्षणहरू देखा परेको छ? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> छैन (없음)</p> <p><input type="checkbox"/> छ (있음)</p> <p><input type="checkbox"/> ददुई हप्ताभन्दा बढी समयसम्म खोकी लागेको थियो (2주 이상 기침)</p> <p><input type="checkbox"/> ददुई हप्ताभन्दा कम समयसम्म खोकी लागेको थियो (2주 이하 기침)</p> <p><input type="checkbox"/> अजज्ञात (모름)</p>					
<p>2. तपपाईललाई विगतमा TB को निदान गरी उपचार गरिएको थियो ? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> छैन (없음) <input type="checkbox"/> छ (있음) <input type="checkbox"/> अजज्ञात (모름)</p>					
<p>3. तपपाईललाई हाल कुनै ज्ञात रोगहरू छन्? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> छैन (없음)</p> <p><input type="checkbox"/> छ (있음) ※ ररोगकको नाम (질환명) :</p> <p><input type="checkbox"/> अजज्ञात (모름)</p>					
<p>यस पररीक्षणमा सहभागितका लागि तपाईंलाई धन्यवाद। (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

(몽골)

Гадаад иргэдэд зориулсан сүрьеэгийн шинжилгээний асуулгын хуудас (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Шинжилгээ хийлгэсэн огноо (검진일)	он (년)	сар (월)	өдөр (일)	Судалгааг хийсэн хүн (조사자명)	
Шинжилгээнд хамрагдагчийн мэдээлэл (수검자정보)					
Овог нэр (성명)		Хүйс (성별)	<input type="checkbox"/> эр (남) <input type="checkbox"/> эм (여)	Иргэншил (국적)	
Төрсөн он сар өдөр (생년월일)		Эмчилгээний даатгал (의료보험)	<input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн даатгал(건강보험) <input type="checkbox"/> Эмчилгээний тэтгэмж(의료급여) <input type="checkbox"/> Эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдаагүй(미가입) <input type="checkbox"/> мэдэхгүй(모름)		
Холбоо барих утас (연락처)	(결과통보용)	Хаяг (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Шинжилгээний өмнөх хяналт (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Одоо ханиалгах шинж тэмдэг байна уу? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> байхгүй (없음) <input type="checkbox"/> байгаа (있음) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 долоо хоногоос дээш хугацаагаар ханиалгасан (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> 2 долоо хоногоос доош хугацаагаар ханиалгасан (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> мэдэхгүй (모름) 					
<p>2. Өмнө нь сүрьеэгээр оношлогдон эмчилгээ хийлгэж байсан эсэх? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> байхгүй (없음) <input type="checkbox"/> байгаа (있음) <input type="checkbox"/> мэдэхгүй (모름) 					
<p>3. Одоо ямар нэгэн хууч өвчин байгаа юу? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> байхгүй (없음) <input type="checkbox"/> байгаа (있음) ※ Өвчний нэр (질환명) : <input type="checkbox"/> мэдэхгүй (모름) 					
Шинжилгээнд оролцсонд баярлалаа (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

(미안마)

နိုင်ငံခြားသားများအတွက် အဆုတ်ရောဂါ (TB) ဆိုင်ရာ မေးခွန်းလွှာ (외국인 결핵검진 설문조사표)			
စစ်ဆေးသည့် ရက်စွဲ (검진일)	နှစ် (년)	လ (월)	ရက် (일)
		မေးမြန်းသူအမည် (조사자명)	
ဖြေဆိုသူ အချက်အလက် (수검자정보)			
အမည် (성명)	လိင် (성별)	■ ကျား(남) ■ မ(여)	နိုင်ငံသား (국적)
မွေးသက္ကရာဇ် (생년월일)	ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အာမခံ (의료보험)	■ ကျန်းမာရေး အာမခံ(건강보험) ■ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှု အကူအညီ(의료급여) ■ ကျန်းမာရေး အာမခံ မပါဝင်ပါ(미가입) ■ မသိပါ(모름)	
ဆက်သွယ်ရန် အချက်အလက် (연락처)	(결과통보용)	လိပ်စာ (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)
စစ်ဆေးမှုမတိုင်မီ ဂရုထားစစ်ဆေးရမည့်အချက်များ (검진 전 확인 사항)			
1. သင့်တွင် လတ်တလောချောင်းဆိုးသည့် လက္ခဏာများ ရှိပါသလား။ (현재 기침 증상이 있습니까?)			
■ မရှိပါ (없음) ■ ရှိပါသည် (있음) ■ ချောင်းဆိုးသည်မှာ နှစ်ပတ်ကျော်နေပြီလား (2주 이상 기침) ■ ချောင်းဆိုးသည်မှာ နှစ်ပတ်အောက်လား (2주 이하 기침) ■ မသိပါ (모름)			
2. ယခင်က TB ရောဂါဟု နာမည်တပ်ပြီး ကုသမှု ခံယူဖူးပါသလား။ (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)			
■ မရှိပါ (없음) ■ ရှိပါသည် (있음) ■ မသိပါ (모름)			
3. လတ်တလော သင်သိထားသော ရောဂါတစ်ခုခု သင့်တွင်ရှိပါသလား။ (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)			
■ မရှိပါ (없음) ■ ရှိပါသည် (있음) ※ ရောဂါအမည် (질환명) : ■ မသိပါ (모름)			
စစ်မေးမှုတွင် ပါဝင်ပေးတဲ့အတွက် ကျေးဇူးတင်ပါတယ်။ (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)			

(베트남)

Bảng câu hỏi sàng lọc bệnh lao cho người nước ngoài (외국인 결핵검진 설문조사표)				
Ngày kiểm tra (검진일)	Năm (년)	Tháng (월)	Ngày (일)	Tên điều tra viên (조사자명)
Thông tin người được kiểm tra (수검자정보)				
Tên (성명)		Giới tính (성별)	<input type="checkbox"/> Nam(남) <input type="checkbox"/> Nữ(여)	Quốc tịch (국적)
Ngày sinh (생년월일)		Bảo hiểm y tế (의료보험)	<input type="checkbox"/> Bảo hiểm sức khỏe(건강보험) <input type="checkbox"/> Trợ giúp chăm sóc y tế(의료급여) <input type="checkbox"/> Không có bảo hiểm sức khỏe(미가입) <input type="checkbox"/> Không biết(모름)	
Thông tin liên hệ (연락처)	(결과통보용)	Địa chỉ (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)	
Những điều cần xác nhận trước khi kiểm tra (검진 전 확인 사항)				
<p>1. Hiện tại bạn có bất kỳ triệu chứng ho nào không? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Không (없음) <input type="checkbox"/> Có (있음) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ho dài hơn 2 tuần (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Ho ít hơn 2 tuần (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Không biết (모름) 				
<p>2. Bạn đã được chẩn đoán và điều trị bệnh lao trong quá khứ chưa? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Không (없음) <input type="checkbox"/> Có (있음) <input type="checkbox"/> Không biết (모름)				
<p>3. Bạn hiện có bất kỳ bệnh nào đã biết đến không? (현재 알고 있는 질환이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Không (없음) <input type="checkbox"/> Có (있음) ※ Tên bệnh (질환명) : <input type="checkbox"/> Không biết (모름)				
<p>Cảm ơn bạn đã tham gia kiểm tra. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>				

(스리랑카)

වවිදදේශයකයන්හිදහා ක්ෂය රෝගය(ටීබී) පිළිබඳ ප්‍රශ්නාවලිය (외국인 결핵검진 설문조사표)					
පරීක්ෂණදිනය (검진일)	අවුරුද්ද (년)	මාසය (월)	දිනය (일)	ප්‍රශ්න කරන්නාගේ නම (조사자명)	
පරීක්ෂකගේ තොරතුරු (수검자정보)					
නම (성명)		ස්ත්‍රී පුරුෂභාවය (성별)	<input type="checkbox"/> පිරිමි (남) <input type="checkbox"/> ගහණ (여)	ජාතිය (국적)	
උපත දිනය (생년월일)		වෛද්‍ය රක්ෂණය (의료보험)	<input type="checkbox"/> සෞඛ්‍ය රක්ෂණය(건강보험) <input type="checkbox"/> වෛද්‍ය සනාථ සහය(의료급여) <input type="checkbox"/> සෞඛ්‍ය රක්ෂණයකින් තොරව(미가입) <input type="checkbox"/> නැත(모름)		
සබඳතා තොරතුරු (연락처)	(결과통보용)	ලිපිනය (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
පරීක්ෂණයට පෙර පරීක්ෂා කළ යුතු කරුණු (검진 전 확인 사항)					
1. ඔබට දැනට කහසි රෝග ලක්ෂණ තිබේද? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> නෑ (없음) <input type="checkbox"/> ඔව් (있음) <input type="checkbox"/> සත්දහසට වඩා කලයක කහසි තිබේ(2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> සත්දහසට අඩු කලයක කහසි තිබේ(2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> නැත(모름)					
2. අතීතයේදී ඔබට ක්ෂය රෝග වැළඳී ඇති බව හඳුනාගෙන ප්‍රතිකර්ම ලබා තිබේද? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> නෑ (없음) <input type="checkbox"/> ඔව් (있음) <input type="checkbox"/> නැත(모름)					
3. දැනට දන්තාරෝගීවීමක් ඔබට තිබේද? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> නෑ (없음) <input type="checkbox"/> ඔව් (있음) ※ රෝග නම (질환명) : <input type="checkbox"/> නැත(모름)					
පරීක්ෂණයට සහභාගී වීම ගැන ඔබට ස්තූතියි (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

(캄보디아)

កម្ពុជា សណ្ត ក្រុមប្រឹក្សាជាតិ (TB) សម្រាប់ជនបរទេស (외국인 결핵검진 설문조사표)				
កាលបរិច្ឆេទ ធ្វើតេស្ត (검진일)	ឆ្នាំ (년)	ខែ (월)	កាលបរិច្ឆេទ នៃទេស (일)	ឈ្មោះអ្នកស្រាវជ្រាវ (조사자명)
ព័ត៌មានរបស់អ្នកពិនិត្យ (수검자정보)				
ឈ្មោះ (성명)	ភេទ (성별)	<input type="checkbox"/> ប្រុស (남) <input type="checkbox"/> ស្រី (여)	សញ្ជាតិ (국적)	
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (생년월일)	កាលបរិច្ឆេទ ចុះបញ្ជី ជនបរទេស (의료보험) (의료보험)	<input type="checkbox"/> កាលបរិច្ឆេទចុះបញ្ជីជនបរទេស (건강보험) <input type="checkbox"/> ជនបរទេសប្រទេសដទៃទៀត (의료급여) <input type="checkbox"/> គ្មានការចុះបញ្ជីជនបរទេស (미가입) <input type="checkbox"/> មិនដឹង (모름)		
ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង (연락처)	(결과통보용)	អាសយដ្ឋាន (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)	
ចំណុចដែលត្រូវពិនិត្យមុនពេលធ្វើតេស្ត (검진 전 확인 사항)				
1. តើចំណុចបុគ្គលណាមួយដែលបានរាយនាមខាងក្រោមនេះ មាននៅឡើយទេ? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Yes (있음) <input type="checkbox"/> Had a cough for over two weeks (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Had a cough for less than two weeks (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Unknown (모름)				
2. Have you been diagnosed with and treated for TB in the past? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Yes (있음) <input type="checkbox"/> Unknown (모름)				
3. Do you currently have any known diseases? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Yes (있음) ※ Disease Name (질환명) : <input type="checkbox"/> Unknown (모름)				
Thank you for participating in the test (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)				

(태국어)

แบบสอบถามเกี่ยวกับโรค (TB) สำหรับชาวต่างชาติ (외국인 결핵검진 설문조사표)					
วันที่ทำการทดสอบ ปี (검진일)	ปี (년)	เดือน (월)	วัน (일)	ชื่อผู้สอบถาม (조사자명)	
ข้อมูลของผู้ถูกทดสอบ (수검자정보)					
ชื่อ (성명)		เพศ (성별)	<input type="checkbox"/> ชาย(남) <input type="checkbox"/> หญิง(여)	สัญชาติ (국적)	
วันเกิด (생년월일)		ประกันการ เจ็บป่วย (의료보험)	<input type="checkbox"/> ประกันสุขภาพ(건강보험) <input type="checkbox"/> ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล(의료급여) <input type="checkbox"/> ไม่มีประกันสุขภาพ(미가입) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ(모름)		
ข้อมูลติดต่อ (연락처)	(결과통보용)	ที่อยู่ (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
รายการที่ต้องตรวจก่อนการทดสอบ (검진 전 확인 사항)					
1. ปัจจุบันคุณมีอาการไอหรือไม่? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> ไม่มี (없음) <input type="checkbox"/> มี (있음) <input type="checkbox"/> มีอาการไอนานกว่าสองสัปดาห์ (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> มีอาการไอเฉยกว่าสองสัปดาห์ (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (모름)					
2. คุณเคยได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคมาก่อนหรือไม่? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> ไม่มี (없음) <input type="checkbox"/> มี (있음) <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (모름)					
3. ปัจจุบันคุณมีโรคประจำตัวหรือไม่? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> ไม่มี (없음) <input type="checkbox"/> มี (있음) ※ ชื่อโรค (질환명) : <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ (모름)					
ขอขอบคุณที่เข้าร่วมการทดสอบ (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

(라오스)

ແບບສອບຖາມພະຍາດວັນນະໂລກ ສໍາລັບຄົນຕ່າງປະເທດ (외국인 결핵검진 설문조사표)					
ວັນທີກວດພະຍາດ (검진일)	ປີ (년)	ເດືອນ (월)	ວັນທີ (일)	ຊື່ຜູ້ຖາມ (조사자명)	
Examinee's Information (수검자정보)					
ຊື່ (성명)		ເພດ (성별)	<input type="checkbox"/> ຊາຍ (남) <input type="checkbox"/> ຍິງ (여)	ສັນຊາດ (국적)	
ວັນເດືອນປີເກີດ (생년월일)		ປະກັນສຸຂະພາບ (의료보험)	<input type="checkbox"/> ປະກັນໄພສຸຂະພາບ (건강보험) <input type="checkbox"/> ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານການຢືນຢົວ (의료급여) <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີປະກັນໄພສຸຂະພາບ (미가입) <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ (모름)		
ທີ່ພັດທະນາ (연락처)	(결과통보용)	ທີ່ຢູ່ (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
ລາຍການທີ່ຕ້ອງກວດ ກ່ອນກວດຫາພະຍາດ (검진 전 확인 사항)					
1. ປະຈຸບັນ ທ່ານມີອາການໄອບໍ່? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> ບໍ່ (없음) <input type="checkbox"/> ມີ (있음) <input type="checkbox"/> ມີອາການໄອເປັນເວລາຫຼາຍກວ່າສອງອາທິດ (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> ມີອາການໄອ ບໍ່ຮອດສອງອາທິດ (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ (모름)					
2. ທ່ານເຄີຍໄດ້ຖືກປົວພະຍາດ ແລະ ຢືນຢົວວັນນະໂລກໃນອະດີດ? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> ບໍ່ (없음) <input type="checkbox"/> ມີ (있음) <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ (모름)					
3. ປະຈຸບັນທ່ານມີພະຍາດອື່ນໃດບໍ່? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> ບໍ່ (없음) <input type="checkbox"/> ມີ (있음) ※ Disease Name (질환명) : <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ (모름)					
<p style="text-align: center;">ຂອບໃຈ ສໍາລັບການເຂົ້າຮ່ວມໃນການກວດ. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

(러시아)

Анкета-опрос при обследовании на туберкулёз иностранных граждан (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Дата проведения обследования (검진일)	Год (년)	Месяц (월)	День (일)	Фамилия и имя сотрудника, проводящего опрос (조사자명)	
Информация об обследуемом (수검자정보)					
Фамилия и имя (성명)		Пол (성별)	<input type="checkbox"/> Мужской (남) <input type="checkbox"/> Женский (여)	Гражданство (국적)	
Дата рождения (생년월일)					
Медицинская страховка (의료보험)	<input type="checkbox"/> Государственная медицинская страховка(건강보험) <input type="checkbox"/> Частичное покрытие медицинских услуг государственной медицинской страховкой (의료급여) <input type="checkbox"/> при отсутствии государственной медицинской страховки(미가입) <input type="checkbox"/> Не знаю(모름)				
Контактные данные (연락처)	(결과통보용)	Адрес (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Вопросы, которые нужно уточнить до начала обследования (검진 전 확인 사항)					
1. Есть ли у вас кашель на данный момент? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Нет (없음) <input type="checkbox"/> Да (있음) <input type="checkbox"/> Кашель более двух недель (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Кашель менее двух недель (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Не знаю (모름)					
2. Был ли у вас в прошлом диагностирован туберкулёз и получали ли вы лечение от туберкулёза? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> Нет (없음) <input type="checkbox"/> Да (있음) <input type="checkbox"/> Не знаю (모름)					
3. Есть ли у вас какие-либо заболевания на настоящий момент? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Нет (없음) <input type="checkbox"/> Да (있음) ※ Disease Name (질환명) : <input type="checkbox"/> Не знаю (모름)					
Благодарим за прохождение обследования (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

(인도네시아)

Kuesioner Tuberkulosis (TBC) untuk warga asing (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Tanggal Tes (검진일)	Tahun (년)	Bulan (월)	Tanggal (일)	Nama Penanya (조사자명)	
Informasi peserta (수검자정보)					
Nama (성명)		Jenis kelamin (성별)	<input type="checkbox"/> Laki-laki(남) <input type="checkbox"/> Perempuan(여)	Kewarganegaraan (국적)	
Tanggal lahir (생년월일)		Asuransi Medis (의료보험)	<input type="checkbox"/> Asuransi Kesehatan(건강보험) <input type="checkbox"/> Bantuan Perawatan Medis(의료급여) <input type="checkbox"/> tanpa Asuransi Kesehatan(미가입) <input type="checkbox"/> Tak dikenal(모름)		
Informasi Kontak (연락처)	(결과통보용)	Alamat (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Item yang Diperiksa Sebelum Tes (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Apakah Anda saat ini memiliki gejala batuk? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak (없음) <input type="checkbox"/> Ya (있음) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sempat mengalami batuk lebih dari dua minggu (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Sempat mengalami batuk kurang dari dua minggu (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Tak dikenal (모름) <p>2. Apakah Anda pernah didiagnosis dan dirawat dengan penyakit TBC di masa lalu? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak (없음) <input type="checkbox"/> Ya (있음) <input type="checkbox"/> Tak dikenal (모름) <p>3. Apakah saat ini Anda mengalami penyakit yang sudah diketahui? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak (없음) <input type="checkbox"/> Ya (있음) ※ Nama Penyakit (질환명) : <input type="checkbox"/> Tak dikenal (모름) <p style="text-align: center;">Terima kasih atas partisipasi Anda dalam tes ini. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

(중국어)

外国人结核病检查问卷调查表 (외국인 결핵검진 설문조사표)					
检查日期 (검진일)	年 (년)	月 (월)	日 (일)	调查者姓名 (조사자명)	
受检者信息 (수검자정보)					
姓名 (성명)		性别 (성별)	<input type="checkbox"/> 男(남) <input type="checkbox"/> 女(여)	国籍 (국적)	
出生日期 (생년월일)		医疗保险 (의료보험)	<input type="checkbox"/> 健康保险(건강보험) <input type="checkbox"/> 医疗补助(의료급여) <input type="checkbox"/> 未加入健康保险(미가입) <input type="checkbox"/> 不知道(모름)		
联系方式 (연락처)	(결과통보용)	地址 (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
体检前确认事项 (검진 전 확인 사항)					
<p>1. 现在是否有咳嗽症状？ (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 无 (없음) ▪ 有 (있음) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 咳嗽2周以上 (2주 이상 기침) ▪ 咳嗽2周以下 (2주 이하 기침) ▪ 不知道 (모름) <p>2. 过去是否被诊断为结核病并接受过治疗？ (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 无 (없음) ▪ 有 (있음) ▪ 不知道 (모름) <p>3. 现在是否患有疾病？ (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 无 (없음) ▪ 有 (있음) ※ Disease Name (질환명) : ▪ 不知道 (모름) 					
<p style="text-align: center;">感谢您参加检查！ (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

(키르기스어)

Кургак учук (КУ) Чет элдиктер үчүн анкета (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Тесттин күнү (검진일)	Жылы (년)	Айы (월)	Күнү (일)	Суроо берүүчүнүн аты (조사자명)	
Текшерилүүчүнүн маалыматы (수검자정보)					
Аты (성명)		Жынысы (성별)	<input type="checkbox"/> Эркек(남) <input type="checkbox"/> Аял(여)	Улуту (국적)	
Туулган күнү (생년월일)		Медициналык Камсыздоо (의료보험)	<input type="checkbox"/> Ден соолукту Камсыздандыруу(건강보험) <input type="checkbox"/> Медициналык жардам(의료급여) <input type="checkbox"/> Ден соолукту камсыздандыруусуз(미가입) <input type="checkbox"/> Белгисиз(모름)		
Бай ланыш маалыматы (연락처)	(결과통보용)	Дареги (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Тестке чей ин текшериле турган нерселер (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Учурда жетөлдүн белгилери барбы? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Жок (없음) <input type="checkbox"/> Ооба (있음) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Эки жумадан ашык жетөлдүм (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Эки жумага жетпей жетөлдүм (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Белгисиз (모름) 					
<p>2. Сиз мурда Кургак Учук оорусу менен ооруп жана дарылангансызбы? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Жок (없음) <input type="checkbox"/> Ооба (있음) <input type="checkbox"/> Белгисиз (모름)					
<p>3. Учурда ооруган жериңиз барбы? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Жок (없음) <input type="checkbox"/> Ооба (있음) ※ Disease Name (질환명) : <input type="checkbox"/> Белгисиз (모름) (모름)					
<p>Тестке катышканыңыз үчүн рахмат. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

(테툼어)

Kuestináriu Kona-ba Tuberkuloze (TB) ba Estranjeiro Sira (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Loron ba Teste (검진일)	Tinan (년)	Fulan (월)	Loron (일)	Naran Kuestináriu-nain (조사자명)	
Informasaun Kona-ba Partisipadór Ezaminausaun (수검자정보)					
Naran (성명)		Generu (성별)	<input type="checkbox"/> Mane(남) <input type="checkbox"/> Feto(여)	Nasionálide (국적)	
Loron Moris (생년월일)		Guarantia de Mediki (의료보험)	<input type="checkbox"/> Guarantia de Saúde(건강보험) <input type="checkbox"/> Asisténsia Mediki(의료급여) <input type="checkbox"/> La ho Guarantia de Saúde(미가입) <input type="checkbox"/> Deskonhesidu(모름)		
Informasaun atu Kontaktu (연락처)	(결과통보용)	Enderessu (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Iten atu Hare Molok Teste Ne'e (검진 전 확인 사항)					
1. Ohin ne'e Ita-boot iha sintomas hanesan mear ka lae? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Lae (없음) <input type="checkbox"/> Sim (있음) <input type="checkbox"/> Mear ona liu husi semana rua (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Mear ona la to'o semana rua (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Deskonhesidu (모름)					
2. Ita-boot hetan diagnoze ona ka lae no simu tratamentu ba TB iha tempu pasadu? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> Lae (없음) <input type="checkbox"/> Sim (있음) <input type="checkbox"/> Deskonhesidu (모름)					
3. Ohin ne'e Ita-boot sofre moras ruma ka lae? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Lae (없음) <input type="checkbox"/> Sim (있음) ※ Naras moras (질환명) : <input type="checkbox"/> Deskonhesidu (모름)					
Obrigada ba Ita-boot nia partisipasaun ba teste ne'e. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

(파키스탄)

سے متعلق سوالنامہ (TB) غیر ملکی باشندوں کے لئے تپ و دق
(외국인 결핵검진 설문조사표)

جانچ کی تاریخ (검진일)	سال (년)	مہینہ (월)	تاریخ (일)	سوال پوچھنے والے کا نام (조사자명)
جانچ کے امیدوار کی معلومات (수검자정보)				
نام (성명)	صنف (성별)	■ مرد(남) ■ خاتون(여)	قومیت (국적)	
تاریخ پیدائش (생년월일)	طبی بیمہ (의료보험)	■ صحت کا بیمہ(건강보험) ■ طبی نگہداشت کی امداد(의료급여) ■ بغیر صحت کے بیمہ والے(미가입) ■ نامعلوم(모름)		
رابطے کی معلومات (연락처)	(결과통보용)	پتہ (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)	
جانچ سے پہلے چیک کرنے کی چیزیں (검진 전 확인 사항)				
<p>1. کیا آپ کو فی الحال کھانسی کی علامات لاحق ہیں؟ (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p>■ نہیں (없음) ■ ہاں (있음) ■ 2(약간) سے زیادہ (2주 이상 기침) ■ 2(약간) سے کم مدت تک کھانسی ہوئی تھی (2주 이하 기침) ■ نامعلوم (모름)</p> <p>2. کیا تشخیص ہوئی ہے اور اس کا علاج کیا گیا ہے؟ TB کیا ماضی میں کبھی آپ کی (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p>■ نہیں (없음) ■ ہاں (있음) ■ نامعلوم (모름)</p> <p>3. کیا آپ کو فی الحال کوئی معلوم بیماری لاحق ہے؟ (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p>■ نہیں (없음) ■ ہاں (있음) ※ بیماری کا نام (질환명) : ■ نامعلوم (모름)</p> <p style="text-align: center;">جانچ میں شرکت کرنے کے لیے آپ کا شکریہ. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>				

(필리핀)

Talatanungan para sa mga Dayuhan tungkol sa Tuberculosis (TB) (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Petsa ng Pagsusuri (검진일)	Taon (년)	Buwan (월)	Petsa (일)	Pangalan ng Nagtatanong (조사자명)	
Impormasyon ng Nagsusulit (수검자정보)					
Pangalan (성명)		Kasarian (성별)	<input type="checkbox"/> Lalaki(남) <input type="checkbox"/> Babae(여)	Nasyonalidad (국적)	
Araw ng Kapanganakan (생년월일)		Seguro sa Pangmedikal (의료보험)	<input type="checkbox"/> Seguro sa Pangkalusugan(건강보험) <input type="checkbox"/> Tulong na Pangangalagang Medikal(의료급여) <input type="checkbox"/> nang walang Seguro sa Pangkalusugan(미가입) <input type="checkbox"/> Hindi alam(모름)		
Impormasyon sa Pakikipag-ugnay (연락처)	(결과통보용)	Adres (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Item na dapat Suriin Bago ang Pagsusuri (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Mayroon ka bang kasalukuyang mga sintomas sa pag-ubo? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wala (없음) <input type="checkbox"/> Meron (있음) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nagkaroon ng ubo ng higit sa dalawang linggo (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Nagkaroon ng ubo nang mas mababa sa dalawang linggo (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Hindi alam (모름) <p>2. Ikaw ba ay nasuri na may o ginagamot para sa TB sa nakaraan? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wala (없음) <input type="checkbox"/> Meron (있음) <input type="checkbox"/> Hindi alam (모름) <p>3. Mayroon ka bang kasalukuyang mga alam na sakit? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wala (없음) <input type="checkbox"/> Meron (있음) ※ Pangalan ng Sakit (질환명) : <input type="checkbox"/> Hindi alam (모름) 					
<p>Salamat sa paglahok mo sa pagsubok. (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

<루마니아어>

Chestionar pentru diagnosticul tuberculozei (TB) pentru străini (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Data sondajului (검진일)	Anul (년)	Luna (월)	Ziua (일)	Numele/Prenumele respondentului (조사자명)	
Informații despre respondent (수검자정보)					
Numele/ Prenumele (성명)		Sex (성별)	<input type="checkbox"/> Bărbat(남) <input type="checkbox"/> Femeie(여)	Naționalitate (국적)	
Data nașterii (생년월일)		Asigurare medicală (의료보험)	<input type="checkbox"/> Asigurarea sănătății (건강보험) <input type="checkbox"/> Asistența medicală (의료급여) <input type="checkbox"/> Generală (미가입) <input type="checkbox"/> Este necunoscut (모름)		
Informații de contact (연락처)	(결과통보용)	Adresa (주소)	(근부처, 소속센터, 단체 등)		
Puncte de verificat înainte de examinare (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Acum aveți simptome de tuse?? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Nu (없음) <input type="checkbox"/> Da (있음) <input type="checkbox"/> Am avut tuse acum mai bine de două săptămâni (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Am avut o tuse mai puțin de două săptămâni (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Este necunoscut (모름)</p> <p>2. Ați fost diagnosticat anterior cu tuberculoză și ați fost tratat în trecut?? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> Nu (없음) <input type="checkbox"/> Da (있음) <input type="checkbox"/> Este necunoscut (모름)</p> <p>3. Aveți în prezent vreo boală cunoscută?? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Nu (없음) <input type="checkbox"/> Da (있음) ※ Denumirea bolii (질환명) : <input type="checkbox"/> Este necunoscut (모름)</p>					
<p>Vă mulțumim că ați participat la sondajul (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

<말레이시아어>

Soal Selidik Tuberkulosis (TB) untuk Warga Asing (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Tarikh Ujian (검진일)	Tahun Bulan Heribulan (년) (월) (일)		Nama pemeriksa (조사자명)		
Maklumat Peserta (수검자정보)					
Nama (성명)		Jantina (성별)	<input type="checkbox"/> Lelaki(남) <input type="checkbox"/> Perempuan(여)	Kewarganegaraan (국적)	
Tarikh Lahir (생년월일)		Insurans Perubatan (의료보험)	<input type="checkbox"/> Insurans Kesihatan Korea(건강보험) <input type="checkbox"/> Bantuan Penjagaan Perubatan (의료급여) <input type="checkbox"/> Umum (미가입) <input type="checkbox"/> Tidak tahu(모름)		
No. Telefon (연락처)	(결과통보용)	Alamat (주소)	(근부처, 소속센터, 단체 등)		
Perkara yang Perlu Diperiksa Sebelum Ujian (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Adakah anda mengalami gejala batuk pada masa ini? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak (없음)</p> <p><input type="checkbox"/> Ya (있음)</p> <p><input type="checkbox"/> Batuk selama lebih dua minggu (2주 이상 기침)</p> <p><input type="checkbox"/> Batuk kurang dari dua minggu (2주 이하 기침)</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak tahu (모름)</p> <p>2. Adakah anda pernah menghidapi dan dirawat untuk TB pada masa lalu? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak (없음) <input type="checkbox"/> Ya (있음) <input type="checkbox"/> Tidak tahu (모름)</p> <p>3. Adakah anda mempunyai sebarang penyakit yang diketahui pada masa ini? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak (없음)</p> <p><input type="checkbox"/> Ya (있음) ※ Nama Penyakit (질환명) :</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak tahu (모름)</p>					
Terima kasih untuk mengambil bahagian dalam ujian (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

<스와힐리어>

Hojaji ya Kifua Kikuu (TB) kwa Wageni (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Tarehe ya Kupimwa (검진일)	Mwaka (년)	Mwezi (월)	Tarehe (일)	Jina la Muulizaji (조사자명)	
Maelezo ya Anayefanyiwa Uchunguzi (수검자정보)					
Jina (성명)		Jinsia (성별)	<input type="checkbox"/> Mwanaume(남) <input type="checkbox"/> Mwanamke(여)	Nchi (국적)	
Tareheyakuza liwa (생년월일)		BimayaMatibabu (의료보험)	<input type="checkbox"/> BimayaAfya(건강보험) <input type="checkbox"/> MsaadawaMatibabu(의료급여) <input type="checkbox"/> Jumla(미가입) <input type="checkbox"/> Hajulikani(모름)		
Maelezo ya Mawasiliano (연락처)	(결과통보용)	Anwani (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Vituvya Kuangalia Kabla ya Kupimwa (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Je, kwasasa una dalilizakikohozi? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/>Hapana (없음) <input type="checkbox"/>Ndiyo(있음) <input type="checkbox"/>Nilikuwa na kikohozi kwa Zaidi ya wiki mbili (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/>Nilikuwa na kikohozi kwa chini ya wiki mbili(2주 이하 기침) <input type="checkbox"/>Hajulikani(모름)</p> <p>2. Je, umegunduliwa kuwa na TB na kutibiwa hapo awali? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/>Hapana (없음) <input type="checkbox"/>Ndiyo (있음) <input type="checkbox"/>Hajulikani (모름)</p> <p>3. Je, kwa sasa una magonjwa yoyote yanayojulikana? (현재 알고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/>Hapana (없음) <input type="checkbox"/>Ndiyo (있음) ※Jina la Ugonjwa (질환명) : <input type="checkbox"/>Hajulikani (모름)</p> <p style="text-align: center;">Asante kwa kukubali kupimwa (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

<스페인어>

Cuestionario de Tuberculosis (TB) para Extranjeros (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Fecha de Prueba (검진일)	Año (년)	Mes (월)	Fecha (일)	Nombre del interrogador (조사자명)	
Información del examinado (수검자정보)					
Nombre (성명)		Género (성별)	<input type="checkbox"/> Hombre(남) <input type="checkbox"/> Mujer(여)	Nacionalidad (국적)	
Fecha de nacimiento (생년월일)		Seguro médico (의료보험)	<input type="checkbox"/> Seguro médico (건강보험) <input type="checkbox"/> Asistencia de atención médica(의료급여) <input type="checkbox"/> General(미가입) <input type="checkbox"/> Desconocido(모름)		
Información de contacto (연락처)	(결과통보용)	Dirección (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Elementos a verificar antes de la prueba (검진 전 확인 사항)					
<p>1. ¿Actualmente tiene síntomas de tos? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Sí (있음) <input type="checkbox"/> Tuvo tos durante más de dos semanas (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Tuvo tos por menos de dos semanas (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Desconocido (모름)</p> <p>2. ¿Ha sido diagnosticado y tratado de tuberculosis en el pasado? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Sí (있음) <input type="checkbox"/> Desconocido (모름)</p> <p>3. ¿Actualmente tiene alguna enfermedad conocida? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> No (없음) <input type="checkbox"/> Sí (있음) ※ Nombre de la enfermedad (질환명) : <input type="checkbox"/> Desconocido (모름)</p>					
<p>Gracias por participar en la prueba (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

<아제르바이잔어>

Əcnəbilər üçün vərəm (VM) diaqnozu üçün anket (외국인 결핵검진 설문조사표)				
Sorğunun tarixi (검진일)	İlAyGün (년) (월) (일)		Sorğuda iştirak edən in S oyadı / Adı (조사자명)	
Müayinə edilən şəxshaqqında məlumat (수검자정보)				
Soyadı / Adı (성명)		Cinsi (성별)	<input type="checkbox"/> Kişi (남) <input type="checkbox"/> Qadın (여)	Milliyyət (국적)
Doğum tarixi (생년월일)		Tibbi sığorta (의료보험)	<input type="checkbox"/> Sağlamlıq sığortası (건강보험) <input type="checkbox"/> Tibbi xidmət (의료급여) <input type="checkbox"/> Ümumi (미가입) <input type="checkbox"/> Naməlum (모름)	
Əlaqə məlumatı (연락처)	(결과통보용)	Ünvan (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)	
Müayinədən əvvəl yoxlama üçün bəndlər (검진 전 확인 사항)				
<p>1. İndi öskürək əlamətləri sizi narahat edirmi? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Xeyr (없음) <input type="checkbox"/> Bəli (있음) <input type="checkbox"/> İki həftədən çox öskürək var idi (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> İki həftədən az öskürək var idi (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> bilmirəm(모름)</p> <p>2. Əvvəllər sizə vərəm diaqnozu qoyulmuşdurmu və keçmişdə müalicə olunmusunuzmu? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Xeyr (없음) <input type="checkbox"/> Bəli (있음) <input type="checkbox"/> Bilmirəm(모름)</p> <p>3. İndi bildiyiniz hər hansı bir xəstəlikləriniz varmı? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Xeyr (없음) <input type="checkbox"/> Bəli (있음) ※Xəstəliyin adı (질환명): <input type="checkbox"/> Bilmirəm(모름)</p>				
<p>Sorğuda iştirak etdiyiniz üçün təşəkkür edirik (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>				

<암하라어>

የሳንባ ነቀርሳ (ቲቢ) የውጭ ዜጎች መጠይቅ (외국인 결핵검진 설문조사표)					
የፈተና ቀን (검진일)	ዓመትወርቀን (년) (월) (일)			የጠያቂው ስም (조사자명)	
የተመርመረው መረጃ (수검자정보)					
ስም (성명)		ጾታ (성별)	<input type="checkbox"/> ወንድ (남) <input type="checkbox"/> ሴት (여)	ዜግነት (국적)	
የትውልድ ቀን (생년월일)		የህክምና ዋስትና (의료보험)	<input type="checkbox"/> የጤና መድን (건강보험) <input type="checkbox"/> የሕክምና እርዳታ (의료급여) <input type="checkbox"/> አጠቃላይ (미가입) <input type="checkbox"/> ያልታወቀ (모름)		
የመገኛ አድራሻ (연락처)	(결과통보용)	አድራሻ (주소)	(근무처! 소속센터! 단체 등)		
ከምርመራው በፊት መረጃዎን ያለባቸው ነገሮች (검진 전 확인 사항)					
<p>1. በአሁኑ ጊዜ የሳል ምልክቶች አሉዎት? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> አይ (없음) <input type="checkbox"/> አዎ (있음) <input type="checkbox"/> ከሁለት ሳምንታት በላይ ሳል ነበር (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> ከሁለት ሳምንታት ላይ ጊዜ ሳል ነበር (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> ያልታወቀ (모름)</p> <p>2. ከዚህ ቀደም የቲቢ በሽታ እንዳለቦት ተመርመረዋል ወይም ታከመዋል? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> አይ (없음) <input type="checkbox"/> አዎ (있음) <input type="checkbox"/> ያልታወቀ (모름)</p> <p>3. በአሁኑ ጊዜ የታወቁ በሽታዎች አሉዎት? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> አይ (없음) <input type="checkbox"/> አዎ (있음) * የበሽታ ስም (질환명): <input type="checkbox"/> ያልታወቀ (모름)</p>					
<p>በምርመራው ላይ ስለተሳተፉ እናመሰግናለን (검진 참여해 주셔서 감사합니다)</p>					

<우즈베키스탄어>

Chet elliklaruchunsilkasalligi (tuberkulyoz)profilaktikasito'g'risidaso'rovnomasi (외국인결핵검진설문조사표)					
Tekshirishsanasi (검진일)	Yil (년)	Oy (월)	Kun (일)	Ko'rikdano'tkazuvchini ningismi(조사자명)	
Respondent(ko'rikdano'tuvchi) haqidama'lumot (수검자정보)					
Ism (성명)		Jinsi (성별)	<input type="checkbox"/> Erkak(남) <input type="checkbox"/> Ayol(여)	Millati (국적)	
Tug'ilgansana (생년월일)		Tibbiysug'urta (의료보험)	<input type="checkbox"/> Sog'liqnisaqlashsug'urtasi(건강보험) <input type="checkbox"/> Tibbiyyordamko'rsatish(의료급여) <input type="checkbox"/> Umumiy(미가입) <input type="checkbox"/> Noma'lum(모름)		
Kontaktma'lu motlari(연락처)	(결과통보용)	Manzil(주소)	(근무처, 소속센터, 단체등)		
Ko'riktanoldinaniqlashlozimbo'lgansavollar (검진전확인사항)					
<p>1. Sizdahozirgivaqtdayo'talalomatlaribormi? (현재기침증상이있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/>Yo'q (없음) <input type="checkbox"/>Ha (있음) <input type="checkbox"/>Ikkihaftadanortiqyo'talboredi (2주이상기침) <input type="checkbox"/>Ikkihaftadankamroqyo'talboredi(2주이하기침) <input type="checkbox"/>Noma'lum (모름)</p> <p>2. Ilgarisizdasilkasalligianiqlanganmivasizsilkasalligidandavolanganmisiz? (과거에결핵으로진단되어치료를받았습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/>Yo'q (없음) <input type="checkbox"/>Ha (있음) <input type="checkbox"/>Noma'lum (모름)</p> <p>3. Hozirdasizdabiroraniqxastalik(lar)(kasalliklar)bormi? (현재알고있는질환이있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/>Yo'q (없음) <input type="checkbox"/>Ha (있음) ※ Kasalliknomi (질환명) : <input type="checkbox"/>Noma'lum (모름)</p>					
So'rovdaishtiroketganingizuchunminnatdormiz (검진참여해주셔서감사합니다.)					

Анкета для діагностики туберкульозу (ТБ) для іноземців (외국인 결핵검진 설문조사표)				
Дата опитування (검진일)	Рік Місяць День (년) (월) (일)	Прізвище/Ім'я опитуваного (조사자명)		
Інформація про обстежуваного (수검자정보)				
Прізвище/Ім'я (성명)		Стать (성별)	<input type="checkbox"/> Чоловік(남) <input type="checkbox"/> Жінка(여)	Національність (국적)
Дата народження (생년월일)		Медичне страхування (의료보험)	<input type="checkbox"/> Страхування здоров'я (건강보험) <input type="checkbox"/> Медичне обслуговування (의료급여) <input type="checkbox"/> Загальне (미가입) <input type="checkbox"/> Невідомо (모름)	
Контактна інформація (연락처)	(결과통보용)	Адреса (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)	
Пункти для перевірки перед обстеженням (검진 전 확인 사항)				
<p>1. Чи турбують Вас зараз симптоми кашлю? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Ні (없음) <input type="checkbox"/> Так (있음)</p> <p><input type="checkbox"/> Був кашель протягом більш, ніж двох тижнів (2주 이상 기침)</p> <p><input type="checkbox"/> Був кашель протягом менш, ніж двох тижнів (2주 이하 기침)</p> <p><input type="checkbox"/> Невідомо (모름)</p>				
<p>2. Чи був Вам раніше поставлений діагноз туберкульозу і чи призначалося лікування у минулому? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Ні (없음) <input type="checkbox"/> Так (있음) <input type="checkbox"/> Невідомо (모름)</p>				
<p>3. Чи маєте зараз якісь відомі Вам захворювання? (현재 알고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p><input type="checkbox"/> Ні (없음)</p> <p><input type="checkbox"/> Так (있음) ※Назва хвороби (질환명) :</p> <p><input type="checkbox"/> Невідомо (모름)</p>				
<p>Дякуємо, що пройшли опитування (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>				

<카자흐스탄어>

Шетелдіктерге арналған Туберкулез (ТБ) сауалнамасы (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Тест күні (검진일)	Жыл (년)	Ай (월)	Күн (일)	Сұрақ қоюшының аты-жөні (조사자명)	
Тест алушы туралы ақпарат (수검자정보)					
Аты-жөні (성명)		Жынысы (성별)	<input type="checkbox"/> Ерлeк (남) <input type="checkbox"/> Әйел (여)	Азаматтығы (국적)	
Туған күні (생년월일)		Медициналық сақтандыру (의료보험)	<input type="checkbox"/> Медициналық сақтандыру (건강보험) <input type="checkbox"/> Медициналық көмек (의료급여) <input type="checkbox"/> Тіркелмеген (미가입) <input type="checkbox"/> Белгісіз (모름)		
Телефон нөмірі (연락처)	(결과통보용)	Мекенжай (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Тест алдында тексерілетін элементтер (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Қазіргі уақытта сізде жөтел белгілері бар ма? (현재 기침 증상이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Жоқ (없음) <input type="checkbox"/> Иә (있음) <input type="checkbox"/> Екі аптадан астам жөтел болды (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Екі аптадан аз уақыт бойы жөтел болды (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Белгісіз (모름)</p> <p>2. Сіз бұрын туберкулезбен ауырып, емделдіңіз бе?? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?) <input type="checkbox"/> Жоқ (없음) <input type="checkbox"/> Иә (있음) <input type="checkbox"/> Белгісіз (모름)</p> <p>3. Қазіргі уақытта сізде белгілі аурулар бар ма? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?) <input type="checkbox"/> Жоқ (없음) <input type="checkbox"/> Иә (있음) * Ауру атауы (질환명) : <input type="checkbox"/> Белгісіз (모름)</p>					
<p>Тестке қатысқаныңыз үшін рахмет (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

<포르투갈어>

Questionário sobre tuberculose (TB) para estrangeiros (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Data do teste (검진일)	Ano (년)	Mês (월)	Dia (일)	Nome do questionador (조사자명)	
Informações do examinado (수검자정보)					
Nome (성명)		Sexo (성별)	<input type="checkbox"/> Masculino(남) <input type="checkbox"/> Feminino(여)	Nacionalidade (국적)	
Data de nascimento (생년월일)		Seguro médico (의료보험)	<input type="checkbox"/> Seguro de saúde (건강보험) <input type="checkbox"/> Assistência de cuidados médicos(의료급여) <input type="checkbox"/> General(미가입) <input type="checkbox"/> Desconhecido(모름)		
Informações de contato (연락처)	(결과통보용)	Endereço (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Itens a verificar antes do teste (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Você tem atualmente sintomas de tosse? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <p> <input type="checkbox"/> Não (없음) <input type="checkbox"/> Sim (있음) <input type="checkbox"/> Você teve tosse durante mais de duas semanas (2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> Você teve tosse durante menos de duas semanas (2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Desconhecido (모름) </p> <p>2. Você já foi diagnosticado e tratado de tuberculose no passado? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <p> <input type="checkbox"/> Não (없음) <input type="checkbox"/> Sim (있음) <input type="checkbox"/> Desconhecido (모름) </p> <p>3. Você tem atualmente alguma doença conhecida? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <p> <input type="checkbox"/> Não (없음) <input type="checkbox"/> Sim (있음) ※ Nome da doença (질환명) : <input type="checkbox"/> Desconhecido (모름) </p> <p style="text-align: center;"> Obrigado por participar no teste (검진 참여해 주셔서 감사합니다.) </p>					

<프랑스어>

Questionnaire sur la tuberculose (TB) pour les étrangers (외국인 결핵검진 설문조사표)					
Date du test (검진일)	Année (년)	Mois (월)	Jour (일)	Nom de l'Interrogateur (조사자명)	
Informations sur le Candidat (수검자정보)					
Nom (성명)		Sexe (성별)	<input type="checkbox"/> Homme(남) <input type="checkbox"/> Femme(여)	Nationalité (국적)	
Date de naissance (생년월일)		Assurance médicale (의료보험)	<input type="checkbox"/> Assurance maladie(건강보험) <input type="checkbox"/> Aide aux soins médicaux(의료급여) <input type="checkbox"/> Général(미가입) <input type="checkbox"/> Inconnu(모름)		
Coordonnées (연락처)	(결과통보용)	Adresse (주소)	(근무처, 소속센터, 단체 등)		
Éléments à vérifier avant le test (검진 전 확인 사항)					
<p>1. Avez-vous actuellement des symptômes de toux ? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> Non(없음) <input type="checkbox"/> Oui(있음) <input type="checkbox"/> J'ai toussé pendant plus de deux semaines(2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> J'ai toussé pendant moins de deux semaines(2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> Inconnu(모름) <p>2. Avez-vous été diagnostiqué et traité pour la tuberculose dans le passé ?</p> <input type="checkbox"/> Non(없음) <input type="checkbox"/> Oui(있음) <input type="checkbox"/> Inconnu(모름) <p>3. Avez-vous actuellement des maladies connues ?</p> <input type="checkbox"/> Non(없음) <input type="checkbox"/> Oui(있음) ※ Nom de la maladie(질환명) : <input type="checkbox"/> Inconnu(모름) <p style="text-align: center;">Merci d'avoir participé au test (검진에 참여해 주셔서 감사합니다.)</p>					

<힌디어>

विदेशियोंकेलिएट्यूबरकुलोसिस (क्षयरोग) कीप्रश्नावली (외국인 결핵검진 설문조사표)					
परीक्षणकीतारीख (검진일)	(년)	(월)	(일)	प्रश्नपूछनेवालेका नाम (조사자명)	
परीक्षणकरवानेवालेव्यक्तिकीजानकारी (수검자정보)					
नाम (성명)		लिंग (성별)	<input type="checkbox"/> पुरुष(남) <input type="checkbox"/> स्त्री(여)	राष्ट्रीयता (국적)	
जन्मतारीख (생년월일)		स्वास्थ्यबीमा (의료보험)	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्यबीमा(건강보험) <input type="checkbox"/> चिकित्सासेवाभारतसहायता(의료급여) <input type="checkbox"/> सामान्य(미가입) <input type="checkbox"/> पतानहीं(모름)		
संपर्कजानकारी (연락처)	(결과통보용)	पता (주소)			
परीक्षणसेपहलेजांचीजानेवालीबाते (검진 전 확인 사항)					
<p>1. क्याआपकोइससमयखांसीकेलक्षणहैं? (현재 기침 증상이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> नहीं(없음) <input type="checkbox"/> हाँ(있음) <input type="checkbox"/> दोहफतोंसेज्यादासमयखांसीकी(2주 이상 기침) <input type="checkbox"/> दोहफतोंसेकमसमयखांसीकी(2주 이하 기침) <input type="checkbox"/> पतानहीं(모름)					
<p>2. क्याआपकोअतीतमेंटीबीआऔरआपनेइलाजकरवायाथा? (과거에 결핵으로 진단되어 치료를 받았습니까?)</p> <input type="checkbox"/> नहीं(없음) <input type="checkbox"/> हाँ(있음) <input type="checkbox"/> पतानहीं(모름)					
<p>3. क्याहालमेंआपकोईबीमारीसेपीड़ितहै, जिसकेबारेमेंआपकोपताहै? (현재 앓고 있는 질환이 있습니까?)</p> <input type="checkbox"/> नहीं(없음) <input type="checkbox"/> हाँ(있음) ※ बीमारोकानाम(질환명): <input type="checkbox"/> अज्ञात(모름)					
परीक्षणमेंभागलेनेकेलिएधन्यवाद (검진 참여해 주셔서 감사합니다.)					

붙임 3-13 무자격체류자 검진 관련 서식(결과통보서, 21개국 번역)

■ 결핵검진(흉부X선 검사) 결과서(개인용)

< 영어 >

Results of Tuberculosis Examination (Chest X-ray Test)

결핵검진(흉부 X선 검사) 결과서

○ Name (성명)
○ Gender (성별)
○ Date of birth (생년월일)
○ Examination date (검진일)
○ Examination location (검진장소)

< X-ray Interpretation Results >

< 판 독 결 과 >

Normal 정상	Suspicion of tuberculosis 결핵의심	Non-active tuberculosis 비활동성 결핵	Other diseases 타질환	Cannot be interpreted (re-take X-ray) 판독불능(재촬영)	Others (input manually) 기타 (수기입력)


*Subject for phlegm test 객담검사 대상자

※ Even if the result of the chest X-ray test is 'normal', you will be subjected to a phlegm test if you have had symptoms of coughing for more than 2 weeks.
흉부 X선 검사 결과가 '정상'이어도 2주이상 기침 증상이 있는 경우 객담검사 대상자입니다.

< Notice > 안내 사항

- ◆ Tuberculosis examination is recommended in accordance with the following chest X-ray test results:
아래의 흉부 X선 검사 결과에 따라 결핵검진을 권고합니다.
 - Normal: Execute tuberculosis examination (chest X-ray test) more than once at every 6-month interval from the date of this examination.
정상 : 검진일로부터 6개월마다 1회 이상 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
 - Suspicion of tuberculosis (presence of symptoms): Execute tuberculosis examination (chest X-ray test) within 6 months of the date of this examination.
결핵의심(유소견) : 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
- ◆ If you have had symptoms such as coughing and phlegm for more than 2 weeks, please undergo a free tuberculosis examination at the public health center nearest to you.
2주 이상 기침, 가래 등 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

Confirmation date : _____ , 2020
 확 인 일
 Confirmed by : **Chairman of Korean National Tuberculosis Association**
 확 인 자 대한결핵협회



<몽골어>

Сүрьеэгийн шинжилгээ (цээжний рентген шинжилгээ)-ний хариу 결핵검진(흉부 X선 검사) 결과서

- Овог нэр (성명)
- Хүйс (성별)
- Төрсөн он сар өдөр (생년월일)
- Шинжилгээ өгсөн өдөр (검진일)
- Шинжилгээ өгсөн газар (검진장소)

< Шинжилгээний хариу > < 판 독 결 과 >

Хэвийн 정상	Сүрьеэгийн сэжигтэй 결핵의심	Идэвхгүй сүрьеэ 비활동성 결핵	Бусад өвчин 타질환	Таних боломжгүй (Дахин зураг авах) 판독불능(재촬영)	Бусад (гараар бичих) 기타 (수기입력)
		Цэрний шинжилгээ өгөх шаардлагатай бүлэг 객담검사 대상자			

※ Цээжний рентген шинжилгээний хариу нь “хэвийн” гарсан ч 2 долоо хоногоос дээш хугацаагаар ханиалгах шинж тэмдэг ажиглагдсан бол цэрний шинжилгээнд хамрагдах шаардлагатай бүлэгт багтана.

흉부 X선 검사 결과가 '정상' 이어도 2주 이상 기침 증상이 있는 경우 객담검사 대상자입니다.

< Мэдэгдэл > 안내 사항

◆ Дараах цээжний рентген шинжилгээний хариуд үндэслэн сүрьеэгийн шинжилгээ хийлгэхийг зөвлөж байна.

아래의 흉부 X선 검사 결과에 따라 결핵검진을 권고합니다.

- Хэвийн: Шинжилгээ хийлгэснээс хойш дор хаяж 6 сар тутамд нэг удаа сүрьеэгийн үзлэг (цээжний рентген шинжилгээ) хийлгэх

정상 : 검진일로부터 6개월마다 1회 이상 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시

- Сүрьеэгийн сэжигтэй (Сүрьеэгийн оноштой): Шинжилгээ хийлгэснээс хойш 6 сарын дотор сүрьеэгийн үзлэг (цээжний рентген шинжилгээ) хийлгэх

결핵의심(유소견) : 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시

◆ Хоёр долоо хоногоос дээш хугацаагаар ханиалгах, цэр гарах зэрэг шинж тэмдэг илэрвэл орон нутгийн эрүүл мэндийн төвд хандан үнэгүй сүрьеэгийн үзлэгт хамрагдаарай.

2주 이상 기침, 가래 등 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

Баталгаажуулсан огноо: 2020 оны сарын өдөр

확 인 일

Баталгаажуулсан:

확 인 자

БНСУ-ын сүрьеэгийн нийгэмлэг
ийн ерөнхийлөгч



<မိမိအတွက်>

**တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray ဓာတ်မှန်စစ်ဆေးခြင်း) ၏ ရလဒ်များ
 ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ် X-ray စစ်ဆေးမှု) ရလဒ်များ**

- အမည်- (အမည်)
- လိင်- (အမျိုးအမည်)
- မွေးသက္ကရာဇ်- (မွေးသက္ကရာဇ်)
- စစ်ဆေးမရက်စွဲ- (စစ်ဆေးရက်စွဲ)
- စစ်ဆေးမှုတည်နေရာ- (စစ်ဆေးမှုတည်နေရာ)

**< X-ray ဓာတ်မှန်ဖွင့်ဆိုချက်ရလဒ်များ >
 < ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု >**

အမည် အခြေအနေ	တီဘီရောဂါ ဖြစ်ပွား ကြောင်း သံသယရှိ ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု	Non-active တီဘီရောဂါ အခြေအနေ ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု	အခြားရောဂါများ အခြေအနေ	ဖွင့်ဆိုနိုင်ခြင်းမရှိပါ (X-ray ဓာတ်မှန်ပြန်လည် ဖော်ပြနိုင်ခြင်းမရှိပါ)	အခြားအကြောင်းအရာများ (ကိုယ်တိုင်ရေးသွင်းရန်) အခြား (အခြားအကြောင်းအရာများ အခြေအနေ)

*သလိပ်စစ်ဆေးမှုခံယူသူ ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု အခြေအနေ

※ ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray ဓာတ်မှန်စစ်ဆေးခြင်း၏ ရလဒ်သည် 'အမည်' ဖြစ်နေသည့်တိုင် သင်သည် ၂ ပတ်အထက် ရောင်းဆိုးခြင်း
 ရောဂါလက္ခဏာများရှိပါက သလိပ်စစ်ဆေးမှု ကို ခံယူရမည်ဖြစ်သည်။
 ရင်ဘတ် X-ray စစ်ဆေးမှု ရလဒ်မှာ 'အခြေအနေ' ဖြစ်ပါက ၂ ပတ်အထက် ရောင်းဆိုးခြင်း ဖြစ်နိုင်ပါသည်။

< သတိပြုရန် > အခြေအနေ

- ◆ အောက်ပါ ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray ဓာတ်မှန်စစ်ဆေးခြင်းအရ တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှုကို ပြုလုပ်ရန် အကြံပြုပါသည်။
 အောက်ပါ ရင်ဘတ် X-ray စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များကို ကြည့်ရှုပါ။
 - အမည်- ကြေးမုံစစ်ဆေးမှုပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲမှ လေအချိန်စေ့စေ့အခြေအနေ တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray ဓာတ်မှန်စစ်ဆေးခြင်း) ကို တစ်ကြိမ်ထက်ပို၍ လုပ်ဆောင်ပါ။
 အခြေအနေ : စစ်ဆေးမှုရက်စွဲမှ ၆ နှစ်အထက် ၁ နှစ် အထက် ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ် X-ray စစ်ဆေးမှု) ပြုလုပ်ပါ။
 - တီဘီရောဂါရှိကြောင်း သံသယဖြစ်ခြင်း (ရောဂါလက္ခဏာများ ရှိနေခြင်း)- ကြေးမုံစစ်ဆေးမှုပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲမှ လေအတွင်း တီဘီရောဂါ စစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray ဓာတ်မှန်စစ်ဆေးခြင်း) ကို လုပ်ဆောင်ပါ။
 ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ်ပိုင်း X-ray စစ်ဆေးမှု) : စစ်ဆေးမှုရက်စွဲမှ ၆ နှစ်အထက် ၁ နှစ် အထက် ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ် X-ray စစ်ဆေးမှု) ပြုလုပ်ပါ။
- ◆ သင့်တွင် ရောင်းဆိုးခြင်း သို့မဟုတ် သလိပ်ထွက်ခြင်းကဲ့သို့ ရောဂါလက္ခဏာများကို ၂ ပတ်အထက်ပို၍ တွေ့ရှိရပါက သင့်အနီးအနားရှိ ပြည်သူ့ကျန်းမာရေးဌာနတွင် အခမဲ့တီဘီရောဂါစစ်ဆေးမှုကို ခံယူပါ။
 ၂ ပတ် အထက် ၁ နှစ် အထက် ကြေးမုံစစ်ဆေးမှု (ရင်ဘတ် X-ray စစ်ဆေးမှု) ပြုလုပ်ပါ။

အတည်ပြုသည့် ရက်စွဲ : _____ , 2020

အတည်ပြုသူ :

အတည်ပြုသူ :

အတည်ပြုသူ :

ကိုရီးယား အမျိုးသား
 တီဘီရောဂါအသင်း



<방글라데শী어>

যক্ষ্মা পরীক্ষার ফলাফল (বুকে এক্স-রে পরীক্ষা)
결핵검진(흉부 X선 검사) 결과서

- নাম (성명)
- লিঙ্গ (성별)
- জন্মতারি (생년월일)
- পরীক্ষার তারিখ (검진일)
- পরীক্ষার এলাকা (검진장소)

< এক্স-রে ফলাফলরে ব্যাখ্যা >
< 판독 결과 >

নরমাল 정상	যক্ষ্মা সন্দেহ 결핵의심	যক্ষ্মা নিষ্করণ 비활동성 결핵	অন্যান্য রোগ 타질환	ব্যাখ্যা করা যামনা (আবার এক্স-রে করুন) 판독불능(재촬영)	অন্যান্য (ম্যানুয়ালি ইনপুট) 기타 (수기입력)

*কফ পরীক্ষার জন্য বিষয়: 객담검사 대상자

※ এমনকি বুকে এক্স-রে পরীক্ষার ফলাফল যদি 'স্বাভাবিক' হয় তবুও আপনার যদি ২সপ্তাহেরও বেশি সময় ধরে কাশি লক্ষণ থাকে তবে আপনার কফ পরীক্ষার বিষয় হয়ে দাঁড়াবে।

흉부 X선 검사 결과가 '정상'이어도 2주이상 기침 증상이 있는 경우 객담검사 대상자입니다.

< নে টিশি > 안내 사항

- ◆ **নমিলগথিতি বুকে এক্স-রে পরীক্ষার ফলাফলরে ভিত্তিতি করে যক্ষ্মা পরীক্ষা করার পরামর্শ দেওয়া হয়:**
 아래의 흉부 X선 검사 결과에 따라 결핵검진을 권고합니다.
 - **নরমাল:** এই পরীক্ষার তারিখ থেকে প্রতি ৬ মাস পর একবার (বুকে এক্স-রে পরীক্ষা) যক্ষ্মা পরীক্ষা করান।
 정상 : 검진일로부터 6개월마다 1회 이상 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
 - **যক্ষ্মার সন্দেহ (লক্ষণগুলির উপস্থিতি):** এই পরীক্ষার তারিখের ৬মাসের মধ্যে যক্ষ্মা পরীক্ষা (বুকে এক্স-রে পরীক্ষা) করান।
 결핵의심(유소견) : 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
- ◆ **যদি আপনার ২সপ্তাহেরও বেশি সময় ধরে কাশি এবং কফ জাতীয় লক্ষণ দেখা দেবে তবে দয়া করে আপনার নিকটতম জনস্বাস্থ্য কেন্দ্রের একট বিনামূল্যে যক্ষ্মার পরীক্ষা করান।**
 2주 이상 기침, 가래 등 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

নশিচতিকরণ তার থি :

, 2020

확인일

নশিচতিকারী :

কো-রেশিয়ন জাতীয়
 যক্ষ্মা সংস্থার চেয়ারম্যান

확인자



<베트남어>

Kết quả kiểm tra bệnh lao (Chụp X Quang) 결핵검진(흉부 X선 검사) 결과서

- Tên (성명)
- Giới tính (성별)
- Ngày sinh (생년월일)
- Ngày kiểm tra (검진일)
- Địa điểm kiểm tra (검진장소)

< Kết quả diễn giải tia X quang > < 판 독 결 과 >

Bình thường 정상	Nghỉ ngờ bị lao 결핵의심	Lao không hoạt động 비활동성 결핵	Bệnh khác 타질환	Không thể diễn giải (chụp lại X quang) 판독불능(재촬영)	Khác (nhập thủ công) 기타 (수기입력)

* Đối tượng kiểm tra đờm 객담검사 대상자

※ Ngay cả khi kết quả chụp X quang là 'bình thường', thì bạn cũng sẽ được tiến hành xét nghiệm đờm nếu bạn có triệu chứng ho trên 2 tuần.

흉부 X선 검사 결과가 '정상'이어도 2주이상 기침 증상이 있는 경우 객담검사 대상자입니다.

< Lưu ý > 안내 사항

◆ Nên kiểm tra bệnh lao theo kết quả chụp X quang dưới đây:

아래의 흉부 X선 검사 결과에 따라 결핵검진을 권고합니다.

- Bình thường: Cứ mỗi 6 tháng kể từ ngày kiểm tra, tiến hành kiểm tra bệnh lao (chụp X quang) từ 2 lần trở lên

정상 : 검진일로부터 6개월마다 1회 이상 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시

- Nghỉ ngờ bệnh lao (có triệu chứng):

Trong vòng 6 tháng kể từ ngày kiểm tra, tiến hành kiểm tra bệnh lao (chụp X quang)

결핵의심(유소견) : 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시

◆ Nếu bạn có các triệu chứng như ho và đờm trên 2 tuần, hãy đi kiểm tra bệnh lao miễn phí tại một trung tâm sức khỏe công gần nhất.

2주 이상 기침, 가래 등 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

Ngày xác nhận : _____, 2020

확 인 일

Người xác nhận :

확 인 자

**Chủ tịch Hiệp hội
Bệnh lao Quốc gia
Hàn Quốc**



<스리랑카어>

ක්ෂය රෝග පරීක්ෂණයේ ජර්නිඵල (පසුවේ එක්ස් කිරණ පරීක්ෂණය)
결핵검진(흉부 X선 검사) 결과서

- නම (성명)
- ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය (성별)
- උපන්දිනය (생년월일)
- පරීක්ෂණ දිනය (검진일)
- පරීක්ෂා කළ ස්ථානය (검진장소)

< එක්ස් කිරණ ජර්නිඵල අර්ථ නිරූපණය >
< 판 독 결 과 >

සාමාන්‍යයි	ක්ෂය රෝගය යයි සැක සහිත	කරියාකාරී නොවන ක්ෂය රෝගය	වෙනත් රෝග	අර්ථ නිරූපණය කළ නොහැක (එක්ස් කිරණ නැවත ගන්න)	වෙනත් (මැනුම්ලි ඇනුළු කරන්න)
정상	결핵의심	비활동성 결핵	타질환	판독불능(재촬영)	기타(수기입력)

*සමේ රෝග පරීක්ෂණය සඳහා **객담** 검사 대상자

※ පසුවේ එක්ස් කිරණ පරීක්ෂණයේ ජර්නිඵලය 'සාමාන්‍යයි' වුවද, සති 2 කට වඩා වැඩි කාලයක් කැස්ස රෝග ලක්ෂණ ඇත්නම් මෙම සමේ රෝග පරීක්ෂණයකට භාජනය වේ.

흉부 X선 검사 결과가 '정상'이어도 2주이상 기침 증상이 있는 경우 객담검사 대상자입니다.

< දැනුම්දීම > 안내 사항

- ◆ පහත දැක්වෙන පසුවේ එක්ස් කිරණ පරීක්ෂණ ජර්නිඵල අනුව ක්ෂය රෝග පරීක්ෂණය නිර්දේශ කෙරේ.
 아래의 흉부 X선 검사 결과에 따라 결핵검진을 권고합니다.
 - සාමාන්‍ය යයි: මෙම විභාගයේදී දින සිට සැම මාස 6 ක කාල පරාසයකම ක්ෂය රෝග පරීක්ෂණය (පසුවේ එක්ස් කිරණ පරීක්ෂණය) එක් වරකට වඩා යාත්මක කරන්න.
 정상: 검진일로부터 6개월마다 1회 이상 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
 - ක්ෂය රෝගය යයි සැක සහිත: (රෝග ලක්ෂණ තිබීම): මෙම පරීක්ෂණය සිදු වූ දින සිට මාස 6 ක් ඇතුළත ක්ෂය රෝග පරීක්ෂණය (පසුවේ එක්ස් කිරණ පරීක්ෂණය) යාත්මක කරන්න.
 결핵의심(유소견): 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
- ◆ මබට සති 2 කට වඩා වැඩි කාලයක් කැස්ස සහ සෙම් වැනි රෝග ලක්ෂණ ඇත්නම්, කුරුණාකර මබට ළඟම ඇති මහජන සෞඛ්‍ය මධ්‍යස්ථානය වෙතින් ක්ෂය රෝග පරීක්ෂණය නොමැලේ ලබා ගන්න.
 2주 이상 기침, 가래 등 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

නගවුරු කල දිනය: , 2020

확 인 일

සහතික කළේ:

확 인 자

කෞරියානු ජාතික ක්ෂය රෝග

සංගමයේ සහතික



<태국어>

ผลการตรวจหาวัณโรค (การตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก) 결핵검진(흉부 X선 검사) 결과서

- ชื่อ (성명)
- เพศ (성별)
- วันเกิด (생년월일)
- วันที่ตรวจ (검진일)
- สถานที่ตรวจ (검진장소)

< การแปลผลภาพเอกซเรย์ > < 판 독 결 과 >

ปกติ 정상	สงสัยว่าเป็นวัณโรค 결핵의심	วัณโรคแบบไม่แสดงอาการและไม่แพร่เชื้อ 비활동성 결핵	โรคอื่นๆ 타질환	ไม่สามารถแปลผลได้ (ตรวจเอ็กซเรย์ซ้ำ) 판독불능(재촬영)	อื่นๆ (ใส่ข้อมูลเอง) 기타 (수기입력)

*ต้องได้รับการตรวจเสมหะ: 객담검사 대상자

※ ถึงแม้ว่าผลการตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอกจะเป็น 'ปกติ' แต่คุณจะต้องได้รับการตรวจเสมหะ หากคุณมีอาการไอนานเกิน 2 สัปดาห์

흉부 X선 검사 결과가 '정상' 이어도 2주이상 기침 증상이 있는 경우 객담검사 대상자입니다.

< หมายเหตุ > 안내 사항

- ◆ แนะนำให้ทำการตรวจหาวัณโรคอย่างสอดคล้องตามผลการตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอกดังต่อไปนี้:
아래의 흉부 X선 검사 결과에 따라 결핵검진을 권고합니다.
- ปกติ: ทำการตรวจหาวัณโรค (การตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก) มากกว่าหนึ่งครั้งโดยมีระยะห่างทุกๆ 6 เดือน นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจครั้งนี้
정상 : 검진일로부터 6개월마다 1회 이상 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
- สงสัยว่าเป็นวัณโรค (แสดงอาการ): ทำการตรวจหาวัณโรค (การตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก) ภายใน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจครั้งนี้
결핵의심(유소견) : 검진일로부터 6개월 이내 결핵검진(흉부 X선 검사) 실시
- ◆ หากคุณมีอาการต่างๆ เช่น ไอและมีเสมหะนานเกิน 2 สัปดาห์ กรุณารับการตรวจหาวัณโรคโดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่ศูนย์สาธารณสุขที่อยู่ใกล้เคียง
2주 이상 기침, 가래 등 증상이 있을 경우, 가까운 보건소에서 무료로 결핵검진을 받으시기 바랍니다.

วันที่ทำการยืนยันผล : , , 2020

확 인 일

ยืนยันผลโดย : ประธานสมาคมวัณโรคแห่งประเทศไทยใน

확 인 자



<루마니아어>

Rezultatele testelor de tuberculoză (radiografie toracică)

- Numele/Prenumele
- Sex
- Data nașterii
- Data examinării
- Locul examinării

< Rezultatele interpretării testului cu raze X >

orma	Suspiciunea de tuberculoză	Forma inactivă de tuberculoză	Alte boli	Nu este posibil de interpretat (este nevoie de repetat testul curaze X repetate)	Altele (introduceți manual)

* Este necesară o examinare a sputei

※ Dacă aveți simptome de tuse mai mult de 2 săptămâni, chiar dacă radiografia toracică este „normală”, vi se va face un test de spută.

< Note >

- Examinarea pentru tuberculoză este recomandată în funcție de următoarele rezultate ale examinării cu raze X a organelor toracice:
 - Normă: Efectuați un examen de tuberculoză (radiografie toracică) de mai multe ori la șase luni de la data acestei examinări.
 - Suspiciunea de tuberculoză (prezența simptomelor): Efectuați un examen de tuberculoză (examen cu raze X toracice) în termen de șase luni de la data acestei examinări.
- Dacă aveți simptome precum tuse și spută timp de mai mult de 2 săptămâni, vă rugăm să faceți un test gratuit pentru tuberculoză la cel mai apropiat centru comunitar de sănătate.

Data confirmării: _____ 2022

A confirmat: Președinte al Asociației Naționale Coreene de Tuberculoză

<말레이시아어>

Keputusan Ujian Tuberkulosis (X-ray Dada)

- O Nama
- O Jantina
- O Tarikh Lahir
- O Tarikh Ujian
- O Lokasi Ujian

<Tafsiran Keputusan X-ray>

Normal	Tuberkulosis Disyaki	Tuberkulosis tidak aktif	Penyakit lain	Tidak boleh ditafsir (ambil semula X-ray)	Lain-lain (tulis secara manual)
*Ujian kahak dikehendaki					

※ Walaupun keputusan X-ray dada adalah 'normal', anda dikehendaki untuk menjalankan ujian kahak jika anda mengalami gejala batuk selama lebih dari 2 minggu.

< Notis >

- Pemeriksaan tuberkulosis disyorkan bagi keputusan ujian X-ray dada yang berikut:
 - Normal: Jalankan pemeriksaan Tuberkulosis (ujian X-ray dada) lebih daripada sekali setiap selang 6 bulan dari tarikh pemeriksaan ini.
 - Tuberkulosis disyaki (kehadiran gejala): Jalankan pemeriksaan Tuberkulosis (ujian X-ray dada) dalam masa 6 bulan dari tarikh pemeriksaan ini.
- Jika anda mengalami gejala seperti batuk dan kahal berpanjangan lebih dari tempoh 2 minggu, sila ambil ujian percuma Tuberkulosis di pusat kesihatan terdekat dengan anda.

Tarikh pengesahan : _____, 2022

Disahkan oleh : Pengerusi Persatuan Tuberkulosis Kebangsaan Korea

Matokeo ya Uchunguzi wa Kifua Kikuu (Kipimo cha X-ray ya kifua)

- Jina
- Jinsia
- Tarehe ya Kuzaliwa
- Tarehe ya uchunguzi
- Mahali pa uchunguzi

< Matokeo ya Ufasiri wa X-ray >

Kawaida	Inashukiwa una kifua kikuu	Kifua kikuu kisicho na athari	Magonjwa mengine	Haiwezi kufasiriwa (rudia X-ray)	Nyingine (andika kwa mkono)

* Fanya uchunguzi wa wa kamasi

※ Hata kama matokeo ya kipimo cha X-ray ya kifua ni ya 'kawaida', utafanyiwa uchunguzi wa kamasi ikiwa umekuwa na dalili za kukohoa kwa zaidi ya wiki 2.

< Notisi >

- ◆ Uchunguzi wa kifua kikuu unapendekezwa kulingana na matokeo yafuatayo ya uchunguzi wa X-ray ya kifua:
 - Kawaida: Fanya uchunguzi wa kifua kikuu (kipimo cha X-ray ya kifua) zaidi ya mara moja katika kila muda wa miezi 6 tangu tarehe ya uchunguzi huu.
 - Inashukiwa una kifua kikuu (uwepo wa dalili): Fanya uchunguzi wa kifua kikuu (kipimo cha X-ray ya kifua) ndani ya miezi 6 kutoka tarehe ya uchunguzi huu.
- ◆ Ikiwa umekuwa na dalili kama vile kukohoa na kamasi kwa zaidi ya wiki 2, tafadhali fanyiwa uchunguzi wa kifua kikuu bila malipo kwenye kituo cha afya cha umma kilicho karibu nawe.

Tarehe ya uthibitisho: _____, 2022

Imethibitishwa na: **Mwenyekiti wa Chama cha Kifua Kikuu cha Korea**

<스페인어>

Resultados del examen de tuberculosis (prueba de radiografía de tórax)

- Nombre
- Género
- Fecha de nacimiento
- Fecha de examen
- Lugar de examen

< Resultados de interpretación de radiografía >

Normal	Sospecha de tuberculosis	Tuberculosis no activa	Otras enfermedades	No se puede interpretar (volver a tomar la radiografía)	Otros (ingresar manualmente)

* Sujeto para prueba de flema

※ Incluso si el resultado de la radiografía de tórax es 'normal', se le someterá a un prueba de flema si ha tenido síntomas de tos durante más de 2 semanas.

< Aviso >

- ◆ Se recomienda el examen de tuberculosis de acuerdo con los siguientes resultados de la radiografía de tórax:
 - Normal: Realice el examen de tuberculosis (radiografía de tórax) más de una vez cada 6 meses a partir de la fecha de este examen.
 - Sospecha de tuberculosis (presencia de síntomas): Realice un examen de tuberculosis (radiografía de tórax) dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de este examen.
- ◆ Si ha tenido síntomas como tos y flema durante más de 2 semanas, hágase un examen gratuito de tuberculosis en el centro de salud público más cercano a usted.

Fecha de confirmación :

2022

Confirmado por : Presidente de las Asociaciones Nacionales de Tuberculosis de Corea

<아제르바이잔어 >

Vərəm müayinəsinin nəticələri (döş qəfəsi orqanlarının rentgenoqramı)

- Soyadı / Adı
- Cinsi
- Doğulduğu tarix
- Müayinə tarixi
- Müayinə yeri

< Rentgenoqramın şərhinin nəticələri >

Norma	Vərəmə şübhə	Vərəmin aktiv olmayan forması	Digər xəstəliklər	Şərh edilməsi mümkün deyilmi (təkrar rentgen müayinəsi)	Digər (əl ilə daxil edin)

* Bəlgəmin tədqiqatı tələb olunur

※ 2 həftədən çox öskürək əlamətləriniz varsa, döş qəfəsinin rentgen müayinəsinin nəticəsi "norma" olsa da, sizdə bəlgəm tədqiqatı aparılacaqdır.

< Qeyd >

- ◆ Döş qəfəsi orqanlarının rentgen müayinəsinin aşağıdakı nəticələrinə əsasən vərəm müayinəsi tövsiyyə olunur:
 - Norma: bu müayinə tarixindən etibarən altı ayda bir dəfədən çox vərəm müayinəsinə (döş qəfəsinin rentgen müayinəsinə) aparın.
 - Vərəmə şübhə (əlamətlərin olması): bu müayinənin tarixindən altı ay ərzində vərəm müayinəsi (döş qəfəsinin rentgen müayinəsi) aparılmalıdır.
- ◆ - Sizdə 2 həftədən çox öskürək və bəlgəm kimi əlamətlər varsa, lütfən, yaxınlığınızda bir ictimai tibb mərkəzində pulsuz vərəm müayinəsindən keçin.

Təsdiqin tarixi:

2022

Təsdiqlədi: Vərəm məsələləri üzrə Koreya Milli Assosiasiyasının sədri

<암하라어>

የሳንባ ነቀርሳ ምርመራ (የደረት ኢርክስ ሬይ ምርመራ) ውጤቶች

- ስም
- ፆታ
- የትውልድ ቀን
- የምርመራ ቀን
- የምርመራ ቦታ

< የኤክስ ሬይ ትርጓሜ ውጤቶች >

መደበኛ	የሳንባ ነቀርሳ ጥርጣሬ	ንቁ ያልሂነ ሳንባ ነቀርሳ	ሌሎች በሽታዎች	ሊተረጎም አልቻለም (ኤክስሬይ በድጋሚ ይነሳ)	ሌሎች (እርስዎ ያስገቡ)
*የአክታ ምርመራ ይኖራል					

※ የኤክስ ሬይ ምርመራ ውጤት 'መደበኛ' ቢሆንም እንኳን ከ2 ሳምንታት የበለጠ ሳል ካለ የአክታ ምርመራ እንዲያደርጉ ይደረጋሉ።

<ማሳሰቢያ>

- ◆ በሚከተሉት የኤክስ ሬይ ምርመራ ውጤቶች መሰረት የሳንባ ነቀርሳ ምርመራ ይመከራል፡
 - መደበኛ፡ ከዚህ ምርመራ ቀን በኋላ የሳንባ ነቀርሳ ምርመራን (የደረት ኤክስ ሬይ ምርመራ) በየ 6 ወር ከአንድ ጊዜ በላይ ያድርጉ
 - የሳንባ ነቀርሳ ጥርጣሬ ያለበት (ምልክቶች ይኖራሉ)፡ ከዚህ ምርመራ ቀን በኋላ የሳንባ ነቀርሳ ምርመራን (የደረት ኤክስ ሬይ ምርመራ) በ6 ወር ውስጥ ያካሂዱ
- ◆ እንደ ሳል እና አክታ ያሉ ምልክቶች ከ2 ሳምንታት ለበለጠ ጊዜ ካሉብዎት፣ እባክዎን በአቅራቢያዎ በሚገኝ የህዝብ የጤና ማዕከል ነፃ የሳንባ ነቀርሳ ምርመራ ያካሂዱ።

የተረጋገጠበት ቀን፡ _____ , 2022

የተረጋገተው በ፡ የኮርያ ብሔራዊ የሳምባ በሽታ (ቲቢ) ማህበር ሊቀመንበር

Sil kasalligini (tuberkulyozni) erta aniqlash yuzasidan o'tkazilgan ko'rik natijalari

(ko'krak qafasining rentgeni – flyurografiya)

- Ismi
- Jinsi
- Tug'ilgan sana
- Tekshirish sanasi
- Tekshirish joyi

< Rentgen natijalari >

Normal	Sil kasalligiga shubha	Faol bo'lmagan sil kasalligi	Boshqa kasalliklar	O'qilmadi (qayta rentgen olish)	Boshqalar (qo'lda yoziladi)
		* Balg'am tekshiruvi uchun yuborilishi kerak			

※ Ko'krak qafasi rentgeni natijasi "normal" bo'lsa ham, agar sizda 2 haftadan ko'proq vaqt davomida yo'talish alomatlari bo'lsa, balg'am tekshiruvi o'tkaziladi.

< Eslatma >

- ◆ Silga tekshiruv quyidagi ko'krak qafasi rentgenogrammasi natijalari chiqqanda tavsiya etiladi:
 - Normal: Silga tekshiruvni (ko'krak qafasi rentgenini) ushbu tekshiruvdan boshlab har 6 oy oralig'ida bir martadan ko'proq o'tkazing.
 - Sil kasalligiga shubha (belgilar bo'lsa): ushbu tekshiruvdan keyin 6 oy ichida sil kasalligini tekshiring (ko'krak qafasi rentgeni).
- ◆ Agar sizda 2 haftadan ortiq vaqt davomida yo'tal va balg'am kabi alomatlar bo'lsa, o'zingizga yaqin bo'lgan sog'liqni saqlash markazida bepul sil tekshiruvidan o'ting..

Tasdiqlash sanasi:

Tasdiqlagan tomon: Koreya milliy sil kasalligi assotsiatsiyasi raisi

< 우크라이나어 >

Результати обстеження на туберкульоз (рентгенограма органів грудної клітки)

- Прізвище/Ім'я
- Стать
- Дата народження
- Дата обстеження
- Місце обстеження

< Результати інтерпретації рентгенограми >

Норма	Підозра на туберкульоз	Неактивна форма туберкульозу	Інші захворювання	Неможливо інтерпретувати (повторне рентгенівське дослідження)	Інше (введіть вручну)
* Потрібне дослідження мокротиння					

※ Якщо у вас спостерігаються симптоми кашлю більше 2 тижнів, навіть якщо результатом рентгенологічного обстеження грудної клітки є «норма», вам проведуть аналіз на мокротиння.

< Примітка >

- ◆ Обстеження на туберкульоз рекомендовано згідно з наступними результатами рентгенологічного обстеження органів грудної клітки:
 - Норма: Виконуйте обстеження на туберкульоз (рентгенологічне обстеження грудної клітки) більше одного разу кожні півроку з дати цього обстеження.
 - Підозра на туберкульоз (наявність симптомів): Провести обстеження на туберкульоз (рентгенологічне обстеження грудної клітки) протягом півроку від дати цього обстеження.
- ◆ Якщо у вас спостерігаються такі симптоми, як кашель і виділення мокротиння більше 2 тижнів, будь ласка, пройдіть безкоштовне обстеження на туберкульоз у найближчому до вас громадському медичному центрі.

Дата підтвердження : _____ 2022

Підтвердив : Голова Корейської національної асоціації з питань туберкульозу

< 카자흐스탄어 >

Туберкулезді тексеру нәтижелері (кеуде қуысының рентгенографиясы)

- Есімі
- Жынысы
- Туған күні
- Тексеру күні
- Тексеру өткен жер

< Рентгендік толыққанды нәтижелері >

Өзгерссіз	Туберкулезге күдік	Белсенді емес туберкулез	Басқа да аурулар	Тексеруге келмейді (рентген қайта ету)	Басқа (қолмен жазу)
* қақырықты зерртеу					

※ Кеуде қуысының рентгенографиясының нәтижесі өзгеріссіз болса да, 2 аптадан астам жөтел белгілері сақталса сізден қақырық талдауға алынады.

< Ескерту >

- ◆ Туберкулезге тексеру кеуде қуысының рентгенографиясының нәтижесіне сәйкес ұсынылады:
 - қалыпты: туберкулезге (кеуде қуысының рентгенографиясы) осы тексеру күнінен бастап әр 6 ай сайын бірнеше рет тексеруден өтіңіз.
 - туберкулезге күдік (симптомдардың болуы). Анализ тапсырылған күннен кейін 6 айдың ішінде туберкулезге (кеуде қуысының рентгенографиясы) тексеру жасатыңыз.
- ◆ Егер сізде 2 аптадан астам жөтел және қақырық шығу сияқты белгілер болса, жақын жердегі қоғамдық денсаулық сақтау орталығында туберкулезге тегін тексеруден өтіңіз.

Растау күні : _____ 2022

Растаған : Chairman of Korean National
Tuberculosis Association

< 포르투갈어 >

Resultados do exame de tuberculose (radiografia do tórax)

- Nome
- Sexo
- Data de nascimento
- Data do exame
- Local do exame

< Resultados da interpretação de raios-X >

Normal	Suspeita de tuberculose	Tuberculose não activa	Outras doenças	Não pode ser interpretado (voltar a radiografar)	Outros (entrada manual)
		* Sujeito para exame de escarro			

※ Mesmo que o resultado da radiografia de tórax seja 'normal' você será submetido a um exame de escarro se teve sintomas de tosse durante mais de 2 semanas.

< Observação >

- ◆ O exame de tuberculose é recomendado de acordo com os seguintes resultados dos exames de radiografia de tórax:
 - Normal: Execute o exame de tuberculose (teste de radiografia de tórax) mais de uma vez a cada intervalo de 6 meses a partir da data deste exame.
 - Suspeita de tuberculose (presença de sintomas): Execute o exame de tuberculose (teste de radiografia de tórax) dentro de 6 meses a partir da data deste exame.
- ◆ Se você teve sintomas como tosse e catarro durante mais de 2 semanas, faça um exame gratuito de tuberculose no centro de saúde pública mais próximo de você.

Data de confirmação :

2022

Confirmado por : Presidente das Associações Nacionais de Tuberculose da Coreia

<프랑스어>

Résultats de l'examen de la tuberculose (radiographie pulmonaire)

- Nom
- Sexe
- Date de naissance
- Date de l'examen
- Lieu de l'examen

<Résultats de l'interprétation des rayons X>

Normal	Suspicion de tuberculose	Tuberculose non active	Autres maladies	Impossible à interpréter (refaire une radiographie)	Autres (entrée manuelle)
*Sujet pour le test d'expectoration					

- ❖ Même si le résultat de la radiographie pulmonaire est "normal", vous serez soumis à un test d'expectoration si vous présentez des symptômes de toux depuis plus de deux semaines.

<Avis >

- L'examen de la tuberculose est recommandé en fonction des résultats des radiographies pulmonaires suivantes :
 - Normal : Effectuer un examen de la tuberculose (radiographie pulmonaire) plus d'une fois à chaque intervalle de 6 mois à partir de la date de cet examen.
 - Suspicion de tuberculose (présence de symptômes) : Effectuer un examen de tuberculose (radiographie pulmonaire) dans les 6 mois suivant la date de cet examen.
- Si vous présentez des symptômes tels que toux et des mucosités depuis plus de deux semaines, veuillez vous soumettre à un examen gratuit de la tuberculose dans le centre de santé publique le plus proche de chez vous.

Date de confirmation : _____, 2022

Confirmé par : Président de l'Association nationale coréenne de lutte contre la tuberculose

<힌디어>

ट्यूबरकुलोसिस (क्षयरोग) परिक्षण के परिणाम (चेस्ट एक्स-रे परिक्षण)

- नाम
- लिंग
- जन्म तारीख
- परिक्षण की तारीख
- परिक्षण का स्थान

<एक्स-रे इंटरप्रिटेशन के परिणाम>

सामान्य	ट्यूबरकुलोसिस होने की शंका	निष्क्रिय ट्यूबरकुलोसिस	अन्य बीमारियां जिनका पता नहीं लगाया जा सका	(दोबारा से एक्स-रे लें)	अन्य
* कफ परिक्षण के अधीन					

> छाती के एक्स-रे परिक्षण का परिणाम 'सामान्य' होने पर भी, यदि आपको 2 हफ्तों से ज्यादा समय तक खांसी रहती हैं, तो आपको कफ परिक्षण करवाना होगा।

<सूचना>

- यदि छाती के एक्स-रे से प्राप्त होने वाले निम्नलिखित परिणाम के अनुसार ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण करवाने की सलाह दी जाती है:
 - सामान्य: इस परिक्षण की तारीख से हर 6 महीने के अंतराल पर, एक से ज्यादा बार ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण (छाती का एक्स-रे परिक्षण) करें।
 - ट्यूबरकुलोसिस होने की शंका (लक्षणों की उपस्थिति): इस परिक्षण की तारीख के एक महीने के अंदर ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण (छाती का एक्स-रे परिक्षण) करें।
- यदि आप 2 हफ्तों से ज्यादा समय से खांसी और कफ से पीड़ित हैं, तो कृपया अपने नज़दीकी सार्वजनिक स्वास्थ्य केंद्र में एक निःशुल्क ट्यूबरकुलोसिस परिक्षण कराएं।

पुष्टिकरण की तारीख: _____, 2022

पुष्टिकर्ता: कोरियन
नेशनल ट्यूबरकुलोसिस एसोसिएशन के अध्यक्ष