<서식 76> 잠복결핵감염 검진 및 정보 이용 동의서

잠복결핵감염 검진 및 정보 이용 동의서

대상자 정보	성 명			
	주민등록번호	-	휴대폰번호	
	주 소			
	소속 기관 구분	☐ 의료기관 ☐ 산후조리원 ☐ 아동복지시설 ☐ 어린이집 ☐ 유치원 ☐ 초등학교 ☐ 중학교 ☐ 고등학교 ☐ 기타 ( )		
	소속기관명	(소재지: 시·도 시·군·구)		
	직 군	*예) 교사, 사무직원, 의사, 간호사, 간호조무사 등*		

* 해당사항에 표시하여 주시기 바랍니다.

사전 문진 표	과거 결핵 및 잠복결핵감염 치료 이력	☐ 결핵으로 치료 중이거나 치료 받은 적이 있다. (체크한 경우) 년도 치료 완료 ☐ 잠복결핵감염으로 치료 중이거나 치료 받은 적이 있다. (체크한 경우) 년도 치료 완료
	과거 잠복결핵감염 검진실시이력	☐ 없음 ☐ 있음 (있음에 체크한 경우) 년도 검진
	주사 공포증 (Needle Shock)으로 기절한 경험	☐ 없음 ☐ 있음

[안내 사항]

- **검진 결과의 통보 방법: 검진 결과는 검사 후 1개월 이내에 휴대폰 문자메시지 등으로 개별적으로 알려드리며, 동의없이 제3자에게 제공하지 않습니다.**
- 검진 결과를 문자메시지 등으로 통보하므로 **본인의 연락처를 정확히 기재**하여 주시기 바랍니다.

[개인정보 수집·이용 고지사항]

개인정보 보호법 제15조제1항제2호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집·이용합니다.

○ **수집·이용 목적** : 결핵 및 잠복결핵감염 예방·관리(예방교육, 상담, 건강관리를 위한 서비스 제공) 및 사업 평가

○ **개인정보 항목** : 개인식별번호(성명, 주민등록번호, 휴대폰번호, 주소, 소속기관정보, 직군) 및 민감정보(사전 문진 정보, 잠복결핵감염 검진 내용 및 검진 결과)

○ **보유 및 이용 기간** : 준영구

○ **수집 근거** : 결핵예방법 제6조(결핵통계사업), 제7조(결핵환자관리사업 등) 및 같은 법 시행령 제14조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

[개인정보 제3자 제공 동의]

○ **제공받는 기관** : 본인 소속기관(단체 검진의 경우에 한해 소속 기관에 검사 실시 여부를 제공할 수 있음. 단, 의료기관 종사자 검진결과는 소속의료기관의 잠복결핵감염 검진관련 부서 및 담당자, 대상자 소속 부서장에게 제공)

○ **제공 목적** : 결핵 및 잠복결핵감염 예방·관리

○ **제공하는 항목** : 개인식별번호(성명, 생년월일, 성별, 연락처) 및 민감정보(잠복결핵감염 수검일, 의료기관 종사자의 경우 잠복결핵감염 검사 결과)

○ **보유 및 이용 기간** : 준영구

※ 동의를 거부할 수 있으나, 개인정보 제3자 제공 동의를 거부하실 경우 잠복결핵감염 검진을 실시할 수 없습니다. 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까?

(☐ 동의 ☐ 동의안함)

본인은 잠복결핵감염 검진을 받음에 동의합니다.

년 월 일

성 명 : _____(서명)