“꿈과 사랑을 키워가는 행복한 학교”

가정통신문

2023-106호(09월 26일)

안 성 중 학 교
http://www.ansung.mh.kr.

55536 전라북도 무주군 안성면 구량천로 147 ☎ 교무실 323-0115 ☎ 행정실 323-0279

◈ 2023-2024절기 어린이 인플루엔자(독감) 국가예방접종 안내 ◈

학부모님 안녕하세요.

질병관리청으로부터 인플루엔자 감염증의 고위험군인 어린이의 겨울철 건강보호를 위한「'23-24절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업」홍보 요청이 있어 아래와 같이 안내합니다. 적극참여를 부탁드립니다.

- 아 래 -

가. 지원 대상: 생후 6개월~13세 어린이(2010.1.1. ~ 2023.8.31. 출생아)

○ 생후 6개월~9세 미만 중 다음 어린이는 2회 접종 대상

- 인플루엔자 예방접종을 처음 접종하는 어린이
- 2023.6.30.(금)까지 인플루엔자 백신을 총 1회만 접종한 어린이

나. 지원 내용: 인플루엔자 4가 백신

다. 접종 기간

○ (2회 접종 대상자) 2023.9.20.(수) ~ 2024.4.30.(화)

○ (1회 접종 대상자) 2023.10.5.(목) ~ 2024.4.30.(화)

라. 접종 기관: 지정 의료기관* 및 보건소

* 지정의료기관: 예방접종도우미 누리집(http://nip.kdca.go.kr)에서 확인 가능하며, 일부 보건소에서는 어린이 예방접종을 실시하지 않을 수 있으므로 반드시 접종가능여부 확인 후 방문

마. 기타 안내사항

1) 어린이 예방접종은 반드시 부모를 동반하도록 하고 있으나 부득이하게 **보호자와 함께 방문하기 어려운 대상자**인 경우, **의료기관 방문 전 보호자가 작성한 '예방접종 시행 동의서'와 '예방접종 예진표'지참 시 예방접종 가능**

* 단, 서식은 반드시 보호자(부모 또는 법정대리인)가 작성

2) 2023-2024절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 홍보자료: 전라북도교육청 문예체 건강과 누리집(https://vo.la/uXYi9)게시

바. 서식 내려받기: 예방접종도우미 누리집(http://nip.kdca.go.kr) → 예방접종관리 → 관련 자료 다운로드 → '소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서 및 예방접종 예진표' 검색

붙임 1. 소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 동의서 1부.
2. 예방접종 예진표1부

2023. 9. 26.

안 성 중 학 교 장(관인생략)

붙임1

소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 **안전한 예방접종 시행을 위해 보호자(법정대리인)가 동행하여 예방접종을 실시**하도록 하고 있습니다.

본 동의서는 **보호자(법정대리인)가 접종대상자와 동행하지 못하는 불가피한 경우, 접종대상자가 단독으로 의료기관을 방문하여 예방접종을 실시하는 것에 대한 보호자 (법정대리인) 동의 여부를 확인하기 위하여 마련되었습니다.**

귀하께서 접종대상자가 단독으로 의료기관에서 예방접종 받는 것에 동의할 경우 인플루엔자 예방접종 시행 동의서와 예진표를 작성하여, 접종대상자가 의료기관에 제출하고 예방접종을 받을 수 있도록 하여 주시기 바랍니다.

* '**예방접종 예진표**'와 '**소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서**'는 **반드시 보호자(법정대리인)가 작성**하여야 하며, 관련 서식은 예방접종도우미 홈페이지(https://nip.kdca.go.kr) > 예방접종관리 > 관련자료 다운로드에서 다운로드하여 사용하실 수 있습니다.

---

1. 예방접종하고자 하는 해당 백신을 표시해 주십시오.

• 인플루엔자: 4가 백신(국가비용지원) □

2. 인플루엔자 예방 백신 이외에 접종받지 않은 다른 백신이 있다면 함께 접종 받으시겠습니까?
   예 □ / 아니오 □

※ 함께 접종 받기 원하는 백신을 직접 작성해 주십시오.
( )

3. 자녀의 예방접종 예진표를 작성하셨나요? 예 □ / 아니오 □
4. 자녀가 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 관찰 등을 위하여 접종 후 20~30분간 접종 기관에 머무를 수 있도록 반드시 사전에 알려주십시오. 예 □
5. 예방접종 후 이상반응 설명 및 미동행 확인 등을 위하여 연락 가능한 연락처를 정확하게 작성해 주십시오**(휴대 전화번호:).**

※ 접종 당일 자녀의 건강상태 및 의사의 예진 결과에 따라 예방접종이 연기될 수 있습니다.

피접종자(대상자) 성명:
피접종자(대상자)와의 관계 :
보호자(법정대리인) 성명 :

20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명/인)

붙임2

예방접종 예진표

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

성 명		주민등록번호	-	(□남 □여)
실제 생년월일		외국인 등록번호	-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	체 중	kg

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 **주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.** **■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부관련 문자** **■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)** **■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년**	
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.	□ 예 □ 아니오
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ( )	□ 예 □ 아니오
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명:)	□ 예 □ 아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ( )	□ 예 □ 아니오
경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명 :)	□ 예 □ 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명 :)	□ 예 □ 아니오
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	□ 예 □ 아니오

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 :

* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-)

년 월 일

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)		확인 ☑
체온 : ℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음	□
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		□
문진결과 :		
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서명)		

210㎜× 297㎜(보존용지(2종) 70g/㎡)

Immunization Screening Questionnaire

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

Name		Resident Registration Numbers	-	(☐Male ☐Female)
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number	-	(☐Male ☐Female)
Telephone	(Home) (Cell Phone)		Weight	kg

Release of Personal Vaccination Information	Patient/ Parent or Legal Guardian ☑
We **collect personal information including Foreign Registration Number and Sensitive Information** in accordance with the "INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 24, 32 and the "ENFORCEMENT DECREE OF THE INFECTIOUS DISEASE CONTROL AND PREVENTION ACT" Article 32-3. The additional personal information to be collected is as follows: ☐ **Personal information collection·processing purpose: sending reminder messages regarding upcoming vaccination dates, confirmation messages for received vaccinations, and messages regarding the monitoring of adverse events following immunization.** ☐ **Personal information collection·processing category: personal information(including Foreign Registration Number and Sensitive Information), telephone(home, cell phone)** ☐ **Period of retention and use: 5 years**	
I hereby consent to the release of my child's (my) vaccination records **through the Immunization Registry Information System (IRIS).** * Denying consent could lead to unnecessary vaccinations or cross vaccinations.	☐ Yes ☐ No
I hereby consent to receiving reminder messages for upcoming vaccinations and confirmation of received vaccinations. * Denying consent will result in no longer receiving information on upcoming or received vaccinations.	☐ Yes ☐ No
I hereby consent to receiving messages for the monitoring of adverse events following immunization. * Denying consent will result in no longer receiving information on adverse events following immunization.	☐ Yes ☐ No
Pre-Immunization Screening Checklist	**Patient/ Parent or Legal Guardian ☑**
Are you feeling sick today? If yes, please describe any symptoms. ( )	☐ Yes ☐ No
Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash to certain medications, foods (especially eggs), or vaccinations?	☐ Yes ☐ No
Have you ever experienced any adverse events following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ( )	☐ Yes ☐ No
Have you ever been diagnosed with or treated for congenital anomaly, asthma, lung, heart, kidney, or liver problems, metabolic diseases (e.g. diabetes), or blood disorders? If yes, please specify.( )	☐ Yes ☐ No
Have you experienced seizures or other nervous system disorders (e.g. Guillain-Barre syndrome)?	☐ Yes ☐ No
Do you have cancer, hematologic diseases, or any other immune system problem? If yes, please describe. ( )	☐ Yes ☐ No
In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?	☐ Yes ☐ No
In the past year, have you ever received a blood transfusion or immunoglobulin?	☐ Yes ☐ No
Have you received any vaccinations within the past month? If yes, please specify. ( )	☐ Yes ☐ No
(For women) Are you pregnant or is there a chance of becoming pregnant within the next month?	☐ Yes ☐ No
I hereby confirm that I have been informed of my examination results and of the potential adverse events following immunizations (AEFIs), and hereby agree to receiving vaccination(s). Patient or Parent/Legal Guardian: (Name) (Signature) (Relationship to patient) * National Registration Number of legal guardian (if your child's birth has not yet been registered): - Date: (yyyy) (mm) (dd)	

Results of Pre-Vaccination Screening (to be completed by a physician)		Check ☑
Body temperature : ℃	I have explained about possible risks of immunization (AEFI)	☐
I have explained that the vaccine recipient should stay at the medical institution for 20~30 minutes for observation.		☐
Results of history-taking :		
Based on the patient's history and physical examination, the vaccine recipient is able to receive vaccinations. Physician (Name): (Signature)		