



2023-2024 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 안내

학부모님 안녕하십니까?

인플루엔자 유행이 지속되는 가운데, 7-12세의 인플루엔자 의사환자분율*이 50.4명(10.15. ~ 10.21.기준)으로 주로 학령기 어린이를 중심으로 유행하고 있습니다.

* 2023-2024절기 인플루엔자 유행기준: 6.5명(외래환자 1,000명당), 동기간 전체 연령 의사환자분율: 18.8명(외래환자 1,000명당)

이와 관련하여, 인플루엔자 감염증의 고위험군인 어린이의 겨울철 건강보호를 위한 「2023-2024절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업」 홍보 재요청이 있어 안내드립니다.

가. 2023-2024절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 지원사업

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

○ 지원 내용: 인플루엔자 4가 백신

○ 접종 기간

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

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

○ 접종 기관: 지정 의료기관* 및 보건소

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

○ 기타 안내사항

- 어린이 예방접종은 반드시 보호자를 동반하도록 하고 있으나 부득이하게 보호자와 함께 방문하기 어려운 대상자인 경우, 의료기관 방문 전 보호자가 작성한 **【붙임1】예방접종 시행 동의서**, **【붙임2】예방접종 예진표** 지참 시 예방접종 가능

※ 서식*: 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>) → 예방접종관리 → 관련자료 다운로드 → 소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서 및 예방접종 예진표'검색

* 단, 서식은 반드시 보호자(부모 또는 법정대리인)가 작성

2023. 11. 3.

전 북 체 육 중 학 교 장

소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 안전한 예방접종 시행을 위해 보호자(법정대리인)가 동행하여 예방접종을 실시하도록 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 작성하여야 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)

예방접종 예진표

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

성명	주민등록번호		- (□남 □여)	
실제 생년월일	외국인 등록번호		- (□남 □여)	
전화번호	(집)	(휴대전화)	체중	kg

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

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