



12-17세 청소년 코로나19 백신 3차 접종 시행 안내

학부모님 안녕하십니까

오미크론변이로 인한 청소년 확진자 급증에 따라 기초접종 후 시간이 경과한 12-17세 청소년 대상 3차 접종에 대해 안내드리고자 합니다. 3차 접종이 필요하다고 판단되는 경우에 예약하여 접종하시기 바랍니다.

1. **접종대상:** 기본접종 완료 후 3개월(90일)이 경과한 12-17세('05.01.01-'10.12.31. 출생자)

2. **고위험군 범위**

- 만성폐질환, 만성심장질환, 만성간질환, 만성신질환, 신경-근육질환
- 당뇨, 비만, 면역저하자(면역억제제 복용자)
- 만성질환으로 사회복지시설 등 집단시설에서 치료, 요양, 수용 중인 청소년
- 이외에도, 상기 기준에 준하는 고위험군 12-17세 청소년으로서 접종이 필요하다고 판단되는 경우 의사소견에 따라 접종 권고

*면역저하자는 입원·치료 등 담당의사 또는 위탁의료기관 의사와 상의 후 2개월 (60일)로 단축 가능

3. **백신종류:** mRNA 백신(화이자)

*청소년 3차 접종은 화이자 백신으로 기본 접종과 동일 용량

4. **접종방법:** 사전예약 후 위탁의료기관·예방접종센터에서 접종

5. **접종일정:** (사전예약) 3.14일~, (접종개시) 3.21일~, (당일접종) 3.14일~

- (예약 및 접종방법) 온라인(본인 및 대리예약, ncvr.kdca.go.kr), 전화예약(1339, 지자체콜센터)후 예약일에 개별적으로 접종기관 방문하여 접종 또는 당일접종
 - 사전예약기간 : 3.14.(월)부터 지속
 - 접종기간 : 당일접종 3.14.(월)부터 지속, 예약접종은 3.21부터 가능
- (예약변경) 접종일 기준 2일전까지 예약자가 콜센터(1339) 또는 지자체, 누리집에서 직접 변경 가능하며, 이후 변경은 예약한 접종기관, 관할보건소에서 변경
 - 면역저하자 청소년(12-17세)의 경우 접종간격을 3개월(90일)에서 2개월(60일)로 변경시 의사소견서 확인후 관할보건소에서 변경 가능

6. **접종시행**

- 접종 하루 전 국민비서 알림 발송, 접종 당일 신분증*을 지참
 - * 기간 만료 전 여권, 유효기간 내 청소년증(청소년증 발급신청 확인서), 학교생활기록부 개인 신상 페이지(학교장 확인 필요), 학생증, 재학증명서 등 사진이 부착되고 주민등록번호가 명시된 신분증
- ① 보호자와 함께 방문하는 경우 **접종기관에서 예진표를 작성하고 접종**
- ② 보호자 미동반 시 보호자가 사전에 **접종 시행 동의서 및 예진표**를 작성하고, **접종대상자가 접종 당일 의료기관에 제출** (※ 접종 시행 동의서 및 예진표는 의료기관에서 5년 간 보관)

2022. 03. 22.

전 주 제 일 고 등 학 교 장

※ 아래 예방접종 시행 동의서는 보호자가 접종 당일 동행하지 못하는 경우에만 보호자가 예진표와 함께 작성하여 접종대상자가 접종 당일 의료기관에 제출할 수 있도록 합니다. (학교에 제출하지 않습니다.)

소아청소년 대상 코로나19 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 코로나19 예방접종 시행 동의서와 예진표를 작성하여, 접종대상자가 의료기관에 제출하고 예방접종을 받을 수 있도록 하여 주시기 바랍니다.

* ‘코로나19예방접종 예진표’와 ‘소아청소년 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서’는 반드시 보호자(법정대리인)가 작성하여야 하며, 관련 서식은 질병관리청 코로나19 예방접종 누리집(ncv.kdca.go.kr) > 알람·서식 > 지침 에서 다운로드하여 사용하실 수 있습니다.

1. 접종대상자가 예방접종하고자 하는 해당 백신을 표시해 주십시오.

• 화이자社 코로나19 백신(코미나티주) ☐

2. 접종대상자의 예방접종 예진표를 작성하셨나요? 예 ☐ / 아니오 ☐

3. 접종대상자가 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 관찰 등을 위하여 접종 후 15~30분간 접종 기관에 머무를 수 있도록 반드시 사전에 알려주십시오. 예 ☐

4. 보호자(법정대리인)는 접종대상자가 접종 후 일주일 간 고강도의 운동 및 활동을 자제하도록 지도해주시고 건강 상태를 면밀히 관찰하여 주시기 바랍니다. 예 ☐

5. 접종대상자의 예방접종 후 이상반응 설명 및 미동행 확인 등을 위하여 연락 가능한 연락처를 정확하게 작성해 주십시오(휴대 전화번호:).

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

피접종자(대상자) 성명 : (예시) 홍길동

피접종자(대상자)와의 관계 : (예시) 부모 또는 모

보호자(법정대리인) 성명 : (예시) 홍판서

20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명: 홍판서 (서명/인)

서 식

코로나19 예방접종 예진표



- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. ☐ 동의 ☐ 동의안함
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성명	주민등록번호(외국인등록번호)	-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
<p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> 개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 및 정보 관련 문자 등 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) 개인정보 보유 및 이용기간: 5년 			
<p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 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>2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p> <p>※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.</p>			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종 대상자에 대한 확인 사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
① (여성) 현재 임신 중 입니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.()			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.(년 월 일)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> '아니오' 일 경우 ⑤번 문항으로 있다면 마지막 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?(중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류:)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
④-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-1 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오. ()			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-2 이전에 모세혈관 누출 증후군을 진단받은 적이 있습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑥ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ()			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : 년 월 일			
의사 예진 결과 (의사 기록란)			확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 : °C 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음			<input type="checkbox"/>
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음			<input type="checkbox"/>
예진 결과	<input type="checkbox"/> 예방접종 가능		
	<input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유:)		
	<input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유:)		
이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명 : (서명)			
예 방 접 종 시 행 자 기 록 란			
제조회사		백신 제조 번호	접종부위
			<input type="checkbox"/> 좌측 상완 <input type="checkbox"/> 우측 상완
접종자 성명: (서명)			

