

중·고등학교 학생 인플루엔자 무료 예방접종 재개 안내

학부모님 안녕하세요?

질병관리청(인성건강과-16732(2020.10.13.))에서 백신 유통조사, 품질검사 등을 토대로 전문가 자문회의를 거친 후 일부 백신은 수거조치하고, 『2020-2021절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업』을 재개한다고 하여 아래와 같이 다시 안내드립니다.

- ▶ **지원대상:** 생후 6개월~만18세(2002.1.1.~2020.8.31. 출생자)
 - ※ 2020~2021절기 한시적 사업대상 추가 확대: 만14세~만18세(중2~고3)
- ▶ **지원백신:** 인플루엔자 4가 접종(1회)
 - ※ 2회 접종 대상자: 생후 6개월~ 만9세 미만 어린이 중 한 절기 내 2회 접종경험이 없는 경우
- ▶ **접종기관:** 지정의료기관
 - ※ 지정의료기관 확인은 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>) 또는 모바일앱에서 가능
- ▶ **무료접종기간:** 2020.10.13(화)~2020.12.31(목)
 - ※ 인플루엔자 유행 전인 10~11월 접종 완료 권장
 - ※ 지정된 기간 내 접종 받지 못한 경우에도 '2020.12.31까지 무료접종은 가능하나, 가급적 해당 기간 내 접종 요망'

인플루엔자 4가 백신 예방접종 1회

- * 단, 생후 6개월~만 9세 미만 어린이 중 다음 대상자는 2회 접종이 지원되니, 접종 전 예진 의사와 상담하시기 바랍니다.
- 인플루엔자 예방접종을 처음하거나 이전 접종이력을 모르는 경우
- 2020-2021절기(2020. 7. 1.)이전까지 인플루엔자 백신을 총 1회만 접종한 경우

- ▶ **사전예약:** 예방접종도우미 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>)/모바일앱/전화
 - ※ 의료기관 내 밀집도 감소 및 감염병 확산 방지 등을 위해 **사전예약제 적극 활용**
- ▶ **안전한 예방접종**을 위해 보호자(부모 또는 법정 대리인)가 동반하여 예진을 통해 정확한 건강상태를 확인 한 후 접종하되, 부득이하게 보호자 동반이 어려운 경우 **보호자가 작성한 동의서(붙임1)와 예진표(붙임2)를 지참하여** 접종을 받을 수 있음
 - ※ **보호자 동의서 및 예진표**는 예방접종도우미 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>) → 예방접종관리 → 관련자료 다운로드 → '소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서 및 예방접종 예진표'에도 탑재되어 있음
- ▶ **학생 출석인정:** 예방접종확인서 또는 방문확인서(붙임3) 중 1개를 학교에 제출
 - 예방접종확인서: 접종후 예방접종도우미 또는 정부24 누리집에서 출력, 학교에 제출
 - ※ 접종 완료 당일 '예방접종도우미' 사이트에서 즉시 확인서 출력이 안될수도 있음
 - 방문확인서: 붙임3 서식(학교제공)을 가지고, 접종기관의 확인 받아 학교에 제출
- ▶ **코로나19 예방을 위한 의료기관 방문시 지켜야 할 사항**
 - 의료기관 방문시 접종대상자, 보호자는 반드시 마스크를 착용합니다.
 - * 단, 2세 이하의 영유아, 주변의 도움 없이 스스로 마스크를 제거하기 어려운 사람, 마스크 착용시 호흡이 어려운 사람은 마스크 착용하지 않음
 - 의료기관 방문 시 비누와 물로 손씻기 또는 65% 알코올로 손 소독 등을 합니다.
 - 의료기관 방문 전 접종대상자, 보호자가 발열이나 호흡기 증상 발생 시 반드시 사전에 의료기관에 알려주시고 예방접종을 연기합니다.

이런 분들은 예방접종을 받아서는 안 됩니다!

- **과거 인플루엔자 백신 접종 후 중증(생명에 위협적인) 알레르기 반응이 있었던 경우**
인플루엔자 백신접종 후 6주 이내 길랭-바레 증후군의 과거력이 있는 사람은 예방접종 시 주의가 필요합니다.

예방접종 전·후 주의사항

- ▶ 예방접종 전 반드시 의사의 예진을 받아야 합니다.
- ▶ 건강 상태가 좋은 날 무료접종이 가능한 가까운 의료기관에 사전 확인 후 예방접종을 받습니다.
- ▶ 예방접종 전, 아픈 증상(열을 포함한 감염증상 등)이 있다면 반드시 전문의와 상담 후 접종여부를 결정하시기 바랍니다.
- ▶ 접종부위는 청결하게 유지합니다.
- ▶ 접종 후 2~3일간은 특별한 관심을 가지고 자녀를 관찰하고, 고열 등 평소와 다른 신체 증상이 나타나면 반드시 의사의 진료를 받도록 합니다.

● 의료기관 방문 시 예방접종 행동수칙



지정된 예약일에
유선확인 후 방문



보호자와 대상자 모두
마스크 착용



손소독 등
개인위생 수칙 준수



대상자, 보호자
코로나19 증상 있을 시
내원 전 알리기



접종 후 현장에서
15~30분 머물며
이상반응 관찰 후 귀가

인플루엔자 예방접종 후 이상반응

● 예방접종 후 발생 가능한 이상반응

- | 국소 이상반응 : 접종부위가 빨갛게 부어오름, 통증 등
- | 전신 이상반응 : 발열, 무력감, 근육통, 두통 등

● 예방접종 후 이상반응이 생기면

- | 경미한 이상반응은 예방접종 후 나타날 수 있으며, 2~3일 이내 호전됩니다.
- | 다만, 증상이 심해지거나 장시간 지속되는 경우, 그 밖에 다른 증상이 나타나는 경우 의사의 진료를 받도록 합니다.

예방접종 후 이상반응이 발생하면 보건소 및 의료기관을 통해 신고하실 수 있습니다.
정부는 「예방접종피해 국가보상제도」를 운영하고 있으니 보건소로 문의하시기 바랍니다.

소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서

질병관리본부에서는 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.cdc.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 :

202 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>		
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 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.		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
접종 대상자에 대한 확인 사항		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 하겠습니다.		
본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명) 접종대상자와의 관계 : * 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호(-) 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 20~30분간 접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음		<input type="checkbox"/>
문진결과 :		
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다. 의사성명 : (서명)		

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	-	(<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number	-	(<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female)
Telephone	(Home)	(Cell Phone)	Weight	kg

Release of Personal Vaccination Information		Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
<p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Personal information collection-processing category: personal information(including Foreign Registration Number and Sensitive Information), telephone(home, cell phone)</p> <p><input type="checkbox"/> Period of retention and use: 5 years</p>		
<p>I hereby consent to the release of my child's (my) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS).</p> <p>* Denying consent could lead to unnecessary vaccinations or cross vaccinations.</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>I hereby consent to receiving reminder messages for upcoming vaccinations and confirmation of received vaccinations.</p> <p>* Denying consent will result in no longer receiving information on upcoming or received vaccinations.</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>I hereby consent to receiving messages for the monitoring of adverse events following immunization.</p> <p>* Denying consent will result in no longer receiving information on adverse events following immunization.</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Pre-Immunization Screening Checklist		Patient/ Parent or Legal Guardian <input checked="" type="checkbox"/>
Are you feeling sick today? If yes, please describe any symptoms. ()		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash to certain medications, foods (especially eggs), or vaccinations?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you ever experienced any adverse events following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ()		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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.()		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you experienced seizures or other nervous system disorders (e.g. Guillain-Barre syndrome)?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have cancer, hematologic diseases, or any other immune system problem? If yes, please describe. ()		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
In the past year, have you ever received a blood transfusion or immunoglobulin?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you received any vaccinations within the past month? If yes, please specify. ()		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
(For women) Are you pregnant or is there a chance of becoming pregnant within the next month?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>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).</p> <p>Patient or Parent/Legal Guardian: (Name) (Signature) (Relationship to patient)</p> <p>* National Registration Number of legal guardian (if your child's birth has not yet been registered): -</p> <p>Date: (yyyy) (mm) (dd)</p>		

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

인플루엔자 국가예방접종관련 병원 또는 보건소 방문 확인서(안 -학생용

인플루엔자 예방접종 방문 확인서

아래 학생은 정부가 지원하는 2020-2021절기 인플루엔자 국가예방
접종 대상으로 예방접종을 받기 위해 본 병원() 또는 보건소()에
방문하였음을 확인합니다.

※ 병원 또는 보건소에 V체크 하시기 바람

■ 인플루엔자 접종관련 방문 내역 ■

- 소속 : 호남제일고등학교 ()학년 ()반 성명:
- 방문 병원 또는 보건소 기관명 :

발행일 : 20 년 월 일

기관 또는 확인자명 : (서명)

☞ 국가인플루엔자 예방접종(무료)에 따른 학생 출·결 인정 방법

- 1) 학생 또는 보호자가 「예방접종도우미 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>)」에서 예방
접종 증명서를 발급(출력) 받아 학교에 제출하는 방법 또는
- 2) 가정에서 증명서 출력이 어려운 경우, 접종기관 방문전에 본 확인서 서식을 가지고
(학교에서 서식 제공) 접종기관의 확인을 받아 학교에 제출 방법 중 선택 가능

※ 본 서식은 해당기관의 업무를 가중하지 않는 범위내에서 시도교육청 및 학교의
여건에 따라 변경·활용 가능함

[참고: 예방접종 위탁의료기관-효자동]

2020-2021절기 인플루엔자 예방접종 전주시 효자동 위탁의료기관		
의료기관명	전화번호	주소
미래내과의원	063-220-4300	전라북도 전주시 완산구 백제대로 120, (효자동1가)
미래이비인후과의원	063-225-5075	전라북도 전주시 완산구 호암로 63, (효자동2가) 2층
미르아동병원	063-229-0114	전라북도 전주시 완산구 백제대로 100, (효자동1가)
미르피아여성병원	063-211-1004	전라북도 전주시 완산구 숲고개로 343, (효자동2가)
미소이비인후과의원	063-224-0130	전라북도 전주시 완산구 용머리로 156, (효자동1가) 2층
베델소아청소년과의원	063-273-7600	전라북도 전주시 완산구 세내로 540, (효자동3가)
사과나무소아청소년과의원	063-229-7591	전라북도 전주시 완산구 호암로 29, (효자동2가, 청운빌딩) 201호
서울아산내과의원	063-236-7677	전라북도 전주시 완산구 숲고개로 319, (효자동2가) 4층
세인신경외과의원	063-220-6614	전라북도 전주시 완산구 효자천변2길 6, (효자동1가)
신경덕내과의원	063-232-8558	전라북도 전주시 완산구 효동2길 1, (효자동1가)
아이리체소아청소년과의원	063-255-7595	전라북도 전주시 완산구 효자로 266, (중화산동2가) 1층
연세조은의원	063-224-7588	전라북도 전주시 완산구 문학대4길 28, (효자동3가) 1층
오즈소아청소년과의원	063-224-0275	전라북도 전주시 완산구 효천중앙로 17, (효자동2가) 상가동 2층 203호
우리마디의원	063-717-8866	전라북도 전주시 완산구 백제대로 120, (효자동1가) 2~3층 및 백제대로 111 4층
위사랑연합내과의원	063-283-6300	전라북도 전주시 완산구 서원로 62, (효자동2가)
이상권가정의학과의원	063-224-7542	전라북도 전주시 완산구 효자천변2길 14, (효자동1가) 상산타운 2층 201호
이소아청소년과의원	063-222-7232	전라북도 전주시 완산구 용머리로 114, (효자동1가)
임상호이비인후과의원	063-225-7577	전라북도 전주시 완산구 용리로 57-3, (효자동1가)
전주기독병원	063-220-7000	전라북도 전주시 완산구 거마평로 185, (효자동1가,398-5)
전주다솔아동병원	063-280-0800	전라북도 전주시 완산구 우전로 250, (효자동2가)
전주드림내과의원	063-236-1350	전라북도 전주시 완산구 용머리로 54, (효자동1가) 2층
전주문병원	063-286-0000	전라북도 전주시 완산구 용머리로 106-0, (효자동1가,전주문병원) 0동
전주샘물아동병원	063-230-7200	전라북도 전주시 완산구 세내로 285-0, (효자동3가,샘물아동병원) 1동 5층
전주시티병원	063-239-0114	전라북도 전주시 완산구 세내로 277, (효자동3가)
조수영소아청소년과의원	063-221-7245	전라북도 전주시 완산구 효천중앙로 51, (효자동2가) 4층 402호
키즈톡소아청소년과의원	063-227-2356	전라북도 전주시 완산구 호암로 59, (효자동2가) 2층
플러스의원	063-221-0073	전라북도 전주시 완산구 용머리로 31, (효자동1가) 2층
하늘내과의원	063-272-0005	전라북도 전주시 완산구 홍산1길 21, (효자동2가, 서희스타힐스) 105동 2층 202,203호
황선미소아청소년과의원	063-226-0007	전라북도 전주시 완산구 효천중앙로 22, (효자동2가) A동 1층 105호 일부&106호 전체호
활호근내과의원	063-271-0110	전라북도 전주시 완산구 세내로 542, (효자동3가)
효자내과의원	063-227-1081	전라북도 전주시 완산구 효자천변2길 7, (효자동1가)
효자이비인후과의원	063-223-7112	전라북도 전주시 완산구 용머리로 110, (효자동1가)
효천연합내과의원	063-714-4522	전라북도 전주시 완산구 천잠로 164, (효자동2가) 송민빌딩 2층