



고3 학생 코로나19 백신 접종 시행 안내

학부모님, 안녕하십니까?

교육부는 안전한 학교환경 조성 및 안정적 대학입학전형 실시 지원 등을 위해 고등학교 3학년 학생을 대상으로 코로나19 백신 접종을 시행하려고 합니다.

이에 고등학교 3학년 백신 접종과 관련된 사항을 아래와 같이 안내드립니다.

- **(접종대상)** 재학 중인 고3 학생(조기졸업자 포함)
- **(접종일정)** 2021.7.19.(월) (1차 접종), 2021.8.9.(월) (2차 접종 예정)
- **(접종장소)** 장수군 한누리전당 산디관(장수군 장수읍 한누리로 393)
- **(백신종류)** 화이자 백신/21일 간격
- **(접종방법)** 접종 당일 10:40까지 학교로 집결하여 접종장소로 이동 예정
- **(접종 준비 및 관리)**

접종 전 준비	접종 후 관리
<ul style="list-style-type: none"> - 미성년자용 코로나19 예방접종 시행 동의서 - 예진표 - 신분증(주민등록증, 운전면허증, 만료 전 여권, 유효기간 내 주민등록증 발급 확인서, 청소년증 등 사진이 부착되고 주민등록번호가 명시된 신분증 필요) <p>*기저·만성질환 등 건강상태에 따른 백신 접종 가능 여부는 임의판단하지 않고 접종센터에서 의사 예진 후 결정</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 접종 후 접종받은 기관에서 15~30분간 머무르며 즉각적으로 나타날 수 있는 이상반응 여부를 충분히 관찰 - 최소 3일 간 건강상태 모니터링 <p>*근육통, 발열, 두통, 오한, 메스꺼움, 어지러움, 접종부위 반응, 알레르기 반응, 구토 등</p>

■ (이상반응 대처방안)★★

- 백신 접종 후 접종부위 통증, 피로감, 두통, 근육통, 발열 등 경미한 이상반응이 일시적으로 발생할 수 있습니다. 이러한 증상이 나타날 경우 바로 **해열진통제(타이레놀(성분명: 아세트아미노펜))** 복용이 필요합니다.
- 대부분 해열진통제 복용으로 증상이 호전되나 3일 이상 발열이나 근육통이 지속된다면, 가까운 의료기관 방문을 권고합니다.
- **다만 호흡곤란, 의식소실, 안면부종 등을 동반한 심각한 알레르기 반응(아나필락시스 등)이 나타나면 즉시 119로 연락하거나 가까운 응급실로 내원해야 합니다.**

2021. 7. 16.

산 서 중 고 등 학 교 장(관인생략)

코로나19 예방접종 후 이상반응에 대한 안내



이럴 땐, 이렇게 하세요.

- 접종 후 접종부위 부기·통증이 있는 경우, 깨끗한 마른 수건을 대고 그 위에 냉찜질을 하세요.
- 접종 후 미열이 있는 경우, 수분을 충분히 섭취하고 휴식을 취하세요.
- 접종 후 발열, 근육통 등으로 불편할 경우, 해열·진통제를 복용하시면 도움이 됩니다.
* 예방접종 전에 미리 아세트아미노펜 성분의 해열·진통제를 준비하고, 예방접종 후 몸살 증상이 있으면 해열·진통제를 복용하세요.



이럴 땐, 의사 진료를 받으세요.

- 접종 후 접종부위 부기, 통증, 발적이 48시간이 지나도 호전되지 않는 경우
- 접종 후 갑자기 기운이 떨어지거나 평소와 다른 이상증상이 나타난 경우
<혈소판감소성 혈전증 의심증상>
- 접종 후 심한 또는 2일 이상 지속되는 두통이 발생하며, 진통제에 반응하지 않거나 조절되지 않는 경우 또는 구토를 동반하거나 시야가 흐려지는 경우
- 접종 후 4주 이내에 호흡곤란, 흉통, 지속적인 복부 통증, 팔·다리 부기와 같은 증상이 나타난 경우
- 접종 후 접종부위가 아닌 곳에서 멍이나 출혈이 생긴 경우 등
<심근염 및 심낭염 의심증상>
- 가슴 통증·압박감·불편감, 호흡곤란이나 숨가쁨, 호흡시 통증, 심장이 빠르게 뛰거나 두근거림, 실신 등이 새롭게 발생하거나 악화되어 지속되는 경우



이럴 땐, 119에 신고 또는 응급실을 방문하세요.

- 접종 후 숨쉬기 곤란하거나 심하게 어지러운 경우
- 접종 후 입술, 얼굴이 붓거나 온몸에 심한 두드러기 증상이 나타나는 경우
- 접종 후 갑자기 의식이 없거나 쓰러진 경우

코로나19 예방접종 후 심근염 및 심낭염 안내

심근염/심낭염이란?

- 심근염(myocarditis)은 심장의 근육에 발생한 염증입니다.
- 심낭염(pericarditis)은 심장을 둘러싼 막에 생긴 염증입니다.

미국에서 mRNA 코로나19 백신(화이자, 모더나) 접종 후 심근염/심낭염이 드물게 보고되고 있으며, 환자들의 특징은 다음과 같습니다

* 미국에서 mRNA 코로나19 백신 접종 후 심근염/심낭염 1,000건 이상(약 4.1건/mRNA 백신 접종 100만 건당)보고(2021.6.11 기준)

- 주로 16세 이상의 남자 청소년과 젊은 연령층의 남자에서 발생
- mRNA 코로나19 백신 접종 후 발생했으며, 1차보다 2차 접종 후 더 많이 발생
- 일반적으로 백신 접종 후 수일 이내에 발생
- 대부분의 환자는 치료와 휴식 후 빠르게 호전되었고, 호전된 후 정상적인 일상 활동이 가능했음

“ **코로나19 예방접종 후 아래의 증상이 새롭게 발생되거나 악화되어 지속되는 경우 의료기관의 진료를 받으시기 바랍니다.** ”

심근염/심낭염 주요 증상

-  가슴 통증, 압박감, 불편감
-  호흡곤란 또는 숨가쁨, 호흡 시 통증
-  심장이 빠르게 뛰거나 두근거림
-  실신



청소년 대상 코로나19 예방접종 시행 동의서

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) > 알람서식 > 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. 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 :

피접종자(대상자)와의 관계 :

보호자(법정대리인) 성명 :

20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명:

(서명/인)

코로나19 예방접종 예진표



시각장애인을 위한 QR코드

서식

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"/>
「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.			
<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 			
1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.			
2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보, 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신 하는 것에 동의합니다.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.			
※ 다만, 예방접종자의 생명과 건강을 보호하기 위해 이상반응과 관련한 중요 정보 등의 경우는 동의 여부와 관계 없이 안내가 이루어질 수 있습니다.			
접종 대상자에 대한 확인 사항			본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
① (여성) 현재 임신 중입니까?			<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 최근 14일 이내 백신(코로나19 백신 외)을 접종받은 적이 있습니까?			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? ☞ '아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑤-1 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
⑤-2 코로나19 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증, 모세혈관 누출 증후군, 심근염/심낭염 등의 중증 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (이상반응의 종류: , 이상반응이 나타난 백신 종류:)			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
⑥ 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
⑦ 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)	