



전주서문통신

꿈·사랑·믿음으로
함께 성장하는
서 문 교 육

전주시 완산구 서신천변 11길 19 ☎ 교무실 255-4383, 행정실 255-4384

2024-2025절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 지원사업 안내

학부모님 안녕하십니까?

자녀들의 겨울철 건강보호를 위해 「2024-2025절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 지원 사업」을 아래와 같이 시행한다 하오니 적기에 접종하여 주시기 바랍니다. **(단, 예방접종은 의무사항은 아니며, 개인의 건강상태 및 선택에 따라 자율적으로 접종 여부를 결정하시기 바랍니다.)**

1. 지원 대상 : 생후 6개월~13세 어린이(2011.1.1.~2024.8.31. 출생자)
2. 접종 기간
 - 1) 2회 접종자* : 2024.9.20.(금)~2025.4.30.(수)
* 생후 6개월~9세 미만 중 처음 접종자 또는 과거 접종력 1회인 경우
 - 2) 1회 접종자 : 2024.10.2.(수)~2025.4.30.(수)
3. 접종 기관 : 지정 의료기관(붙임1) 및 보건소*
* 전주시·덕진보건소에서는 어린이 중 세포배양 백신 접종자(계란 알레르기 보유자)만 접종을 실시하오니 이 외 대상자들은 지정 의료기관을 이용하여 접종
→ 세포배양백신에 관련한 문의사항은 전주시 천년콜센터(222-1000), 전주시보건소(281-6251), 덕진보건소(250-3913)로 연락
※ 백신 잔고 및 접종가능 여부를 반드시 전화 확인하고 의료기관 방문
4. 접종 비용 : 무료
5. 지원 내용 : 인플루엔자 4가 백신
6. 반드시 부모가 동반하되, 부득이하게 부모 동반이 불가능한 경우 보호자가 작성한 ‘예방접종 시행 동의서(붙임2)’와 ‘예방접종 예진표(붙임3)’를 지참시 예방접종 가능합니다.
※ 단, 서식은 반드시 보호자(부모 또는 법정대리인)가 작성
7. 접종은 교육활동에 지장이 없는 범위(하교 후, 주말 등)에서 시행하고, **접종으로 인한 결석(지각, 조퇴 등)은 출석으로 인정하지 않습니다.**
8. 예방접종 전후 주의사항, 이상 반응 등 반드시 사전에 숙지하시기 바랍니다.
9. 기타 자세한 내용은 뒷면의 포스터(붙임4)를 참고하시기 바랍니다.

2024. 9. 20.

전 주 서 문 초 등 학 교 장

(붙임1)

2024-2025절기 어린이 인플루엔자(독감) 예방접종 위탁의료기관 현황(완산구)			
(2024. 8월 기준)			
No	의료기관명	전화번호	주소
1	그레이프산부인과의원	063-227-7887	전북특별자치도 전주시 완산구 효천중앙로 57, (효자동2가) 모악빌딩 204~205호
2	김미정이비인후과의원	063-284-8546	전북특별자치도 전주시 완산구 장승배기로 266, (평화동1가)
3	김정화내과의원	063-222-1261	전북특별자치도 전주시 완산구 백제대로 262, (중화산동2가) 2,3층
4	김혜영소아청소년과의원	063-284-7582	전북특별자치도 전주시 완산구 장승배기로 262, (평화동1가, 주공상가층) 208호
5	누가외과연합의원	063-286-2717	전북특별자치도 전주시 완산구 장승배기로 268, (평화동1가)
6	늘푸른소아청소년과의원	063-275-7582	전북특별자치도 전주시 완산구 당산로 27, (서신동)
7	다나는가정의학과의원	063-282-7772	전북특별자치도 전주시 완산구 흑석로 42, (서서학동) 2~3층
8	다나이비인후과의원	063-226-4300	전북특별자치도 전주시 완산구 용리로 127, (삼천동1가) 삼천삼익아파트 1층 일부호
9	다사랑병원	063-228-5540	전북특별자치도 전주시 완산구 백제대로 74, (삼천동1가)
10	더맑은내과의원	063-903-8990	전북특별자치도 전주시 완산구 온고을로 28, (서신동) 301,401호
11	동의한방병원	063-274-8575	전북특별자치도 전주시 완산구 백제대로 277-0, (중화산동2가)
12	드림연합의원	063-275-7599	전북특별자치도 전주시 완산구 전릉로 98, (서신동)
13	문이비인후과의원	063-253-3993	전북특별자치도 전주시 완산구 당산로 39, (서신동, 제일비사벌아파트상가 109동 201호)
14	미래이비인후과의원	063-225-5075	전북특별자치도 전주시 완산구 호암로 63, (효자동2가) 2층
15	미르소아청소년과의원	063-229-0114	전북특별자치도 전주시 완산구 삭고개로 324, (효자동2가) 3층
16	미르피아여성병원	063-211-1004	전북특별자치도 전주시 완산구 삭고개로 343, (효자동2가)
17	미소이비인후과의원	063-224-0130	전북특별자치도 전주시 완산구 용머리로 156, (효자동1가) 2층
18	바른이비인후과의원	063-904-8275	전북특별자치도 전주시 완산구 모악로 4746, (평화동1가) 태양빌딩 3층 305호,306호
19	봄 가정의학과의원	063-285-7775	전북특별자치도 전주시 완산구 전라감영로 40-1, (중앙동4가) 2층
20	봄빛소아청소년과의원	063-228-5055	전북특별자치도 전주시 완산구 거마평로 22, (삼천동1가) 2층
21	삼천편안내과의원	063-717-9988	전북특별자치도 전주시 완산구 용리로 54, (삼천동1가) 4층
22	서신위내과의원	063-254-5678	전북특별자치도 전주시 완산구 당산로 48, (서신동) 소망빌딩 2층
23	서울아산내과의원	063-236-7677	전북특별자치도 전주시 완산구 삭고개로 319, (효자동2가) 4층
24	소리이비인후과의원	063-277-0904	전북특별자치도 전주시 완산구 서신로 105, (서신동) 2층
25	송민주내과의원	063-224-1234	전북특별자치도 전주시 완산구 모악로 4665, (평화동2가) 4층
26	숨편한내과의원	063-227-2255	전북특별자치도 전주시 완산구 삭고개로 351, (효자동2가) 401호
27	신경덕내과의원	063-232-8558	전북특별자치도 전주시 완산구 효동2길 1, (효자동1가)
28	신시메디의원	063-236-2113	전북특별자치도 전주시 완산구 홍산로 245, (효자동2가) 201호
29	신통내과의원	063-232-1475	전북특별자치도 전주시 완산구 서원로 320, (중화산동1가) 1,2층
30	신현주의원	063-222-3600	전북특별자치도 전주시 완산구 용리로 176, (삼천동1가)
31	아름드리의원	063-224-0222	전북특별자치도 전주시 완산구 세내로 285, (효자동3가) 302호
32	아이리체소아청소년과의원	063-255-7595	전북특별자치도 전주시 완산구 효자로 266, (중화산동2가) 1층
33	연세가정의학과내과의원	063-232-3535	전북특별자치도 전주시 완산구 서학로 37, (동서학동) 3층
34	연세수가정의학과의원	063-232-7588	전북특별자치도 전주시 완산구 용머리로 203, (서완산동2가) 서부클리닉빌딩 2층
35	온누리연합내과의원	063-236-9600	전북특별자치도 전주시 완산구 백제대로 54, (삼천동1가)

36	위사랑연합내과의원	063-283-6300	전북특별자치도 전주시 완산구 유연로 158, (효자동3가) 2층 및 3층 일부호
37	위편한내과의원	063-282-7897	전북특별자치도 전주시 완산구 서원로 325, (중화산동1가) 2층
38	의료법인영경의료재단전주병원	063-220-7200	전북특별자치도 전주시 완산구 한두평3길 13, (중화산동2가, 전주병원)
39	이상권가정의학과의원	063-224-7542	전북특별자치도 전주시 완산구 효자천변2길 14, (효자동1가) 상산타운 2층 201호
40	이승렬가정의학과의원	063-231-1112	전북특별자치도 전주시 완산구 풍남문4길 3, (전동3가)
41	이은철이비인후과의원	063-228-0610	전북특별자치도 전주시 완산구 모악로 4774, (평화동1가) 205호
42	이흥내과의원	063-903-7500	전북특별자치도 전주시 완산구 호암로 59, (효자동2가) 5층
43	임상호이비인후과의원	063-225-7577	전북특별자치도 전주시 완산구 용리로 37-3, (삼천동1가) 영재빌딩 3층
44	장대영소아청소년과의원	063-222-7177	전북특별자치도 전주시 완산구 강변로 106, (삼천동1가, 삼천하이츠상가) 201호
45	장명규내과의원	063-275-0085	전북특별자치도 전주시 완산구 당산로 42, (서신동)
46	장영범소아청소년과의원	063-237-5486	전북특별자치도 전주시 완산구 효천중앙로 57, (효자동2가) 405호
47	장하림의원	063-236-7975	전북특별자치도 전주시 완산구 거마평로 146, (효자동1가) 1층 및 거마평로 148, 1층 일부호
48	재단법인예수병원유지재단 예수병원	063-230-8114	전북특별자치도 전주시 완산구 서원로 365, (중화산동1가, 예수병원)
49	전주365의원	063-717-3650	전북특별자치도 전주시 완산구 백제대로 398, (서신동) 2층
50	전주다솔아동병원	063-280-0800	전북특별자치도 전주시 완산구 우전로 250, (효자동2가)
51	전주문병원	063-286-0000	전북특별자치도 전주시 완산구 용머리로 106-0, (효자동1가, 전주문병원) 0동
52	전주우석병원	063-220-8300	전북특별자치도 전주시 완산구 어은로 46, (중화산동2가)
53	정소아청소년과의원	063-274-7582	전북특별자치도 전주시 완산구 서신로 111, (서신동)
54	조수영소아청소년과의원	063-221-7245	전북특별자치도 전주시 완산구 효천중앙로 51, (효자동2가) 4층 402호
55	청춘내과의원	063-223-7588	전북특별자치도 전주시 완산구 모악로 4750, (평화동1가) 2층
56	키즈톡스소아청소년과의원	063-227-2356	전북특별자치도 전주시 완산구 호암로 59, (효자동2가) 2층
57	탐이비인후과의원	063-255-9981	전북특별자치도 전주시 완산구 온고을로 26, (서신동)
58	평화로운내과의원	063-237-3334	전북특별자치도 전주시 완산구 소대배기로 5, (평화동2가, 성가신협) 2층
59	플러스의원	063-221-0073	전북특별자치도 전주시 완산구 용머리로 31, (효자동1가) 2층
60	피노키오소아청소년과의원	063-229-7575	전북특별자치도 전주시 완산구 소대배기로 28, (평화동2가)
61	하늘내과의원	063-272-0005	전북특별자치도 전주시 완산구 홍산1길 21, (효자동2가, 서히스타힐스) 105동 2층 202,203호
62	한결가정의학과의원	063-255-7555	전북특별자치도 전주시 완산구 태평3길 43, (태평동) 2~3층
63	한양김영삼내과의원	063-221-3303	전북특별자치도 전주시 완산구 백제대로 264, (중화산동2가) 2층
64	한양병원	063-220-5000	전북특별자치도 전주시 완산구 장승배기로 204, (평화동1가)
65	한양이비인후과의원	063-225-0087	전북특별자치도 전주시 완산구 거마평로 33, (삼천동1가, 흥건2차상가)
66	해맑은연합소아청소년과의원	063-237-5577	전북특별자치도 전주시 완산구 모악로 4746, (평화동1가)
67	호남누가내과의원	063-228-5358	전북특별자치도 전주시 완산구 용리로 42-1, (삼천동1가)
68	황선미소아청소년과의원	063-226-0007	전북특별자치도 전주시 완산구 효천중앙로 22, (효자동2가) A동 1층 105호 일부&106호 전체호
69	황호근내과의원	063-271-0110	전북특별자치도 전주시 완산구 세내로 542, (효자동3가)
70	효자마취통증의학과의원	063-247-7500	전북특별자치도 전주시 완산구 서원로 144, (효자동2가) 2층
71	효천연합내과의원	063-714-4522	전북특별자치도 전주시 완산구 천잠로 164, (효자동2가) 송민빌딩 2층

(붙임2)

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 :

20 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명:

(서명/인)

(붙임3)

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 사전 확인에 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"/>
<p>오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.</p> <p>()</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오.</p> <p>(예방접종명:)</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오.</p> <p>()</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>경련을 한 적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오.</p> <p>(병명 :)</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오.</p> <p>(예방접종명 :)</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?</p>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.</p>		
<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)

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	<input type="checkbox"/>
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.	<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)	

2024-2025절기 어린이 인플루엔자 예방접종 지원사업

인플루엔자 예방접종하고 질병을 이길 병으로!



지원대상 생후 6개월 ~ 13세 어린이 (2011.1.1. ~ 2024.8.31.출생자)

지원내용 인플루엔자 4가 예방접종 1회

지원기간	· 2회 접종 대상자		2024.9.20.(금) ~ 2025.4.30.(수)
	· 1회 접종 대상자		2024.10.2.(수) ~ 2025.4.30.(수)

접종기관 지정의료기관 및 보건소
*예방접종도우미 누리집에서 확인 가능, 보건소는 방문 전 확인 필수

이런 분들은 예방접종을 해서는 안 됩니다!

- ☒ 과거 인플루엔자 예방접종 후 중증(생명에 위협적인) 알레르기 반응이 있었던 경우
- ☒ 인플루엔자 백신 성분에 중증 알레르기 반응이 있었던 경우

이런 분들은 예방접종에 주의해야 합니다!

- ☒ 인플루엔자 예방접종 후 6주 이내 길랭-바레 증후군의 과거력이 있는 사람
- ☒ 중등증 또는 중증 급성질환자는 증상이 호전될 때까지 접종 연기

예방접종도우미
바로가기



QR 코드를
스캔해주세요

검색창에
예방접종도우미
검색해주세요

예방접종 전·후 주의사항

- ☑ 예방접종 전 반드시 의사의 예진을 받아야 합니다
- ☑ 건강 상태가 좋은 날 가까운 의료기관에 예방접종이 가능한지 사전 확인 후 방문합니다
- ☑ 예방접종 전, 아픈 증상이 있거나 만성질환이 있다면 반드시 의사와 상담해야 합니다
- ☑ 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물면서 급성 이상반응 발생 여부를 관찰한 뒤 귀가합니다
- ☑ 접종 부위는 청결하게 유지합니다
- ☑ 접종 후 2~3일간은 고열 등 평소와 다른 신체 증상이 나타나면 반드시 의사의 진료를 받도록 합니다

의료기관 방문 시 행동수칙



1 보호자와 접종대상자
모두 마스크
착용



2 손소독 등
개인위생 수칙
준수



3 접종 후 현장에서
20~30분 머무르며
이상반응 관찰 후 귀가

인플루엔자 예방접종 후 이상반응

예방접종 후 발생 가능한 이상반응

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



부어오름, 통증



발열



무력감



근육통



두통

예방접종 후 이상반응이 생기면

- 경미한 이상반응은 예방접종 후 나타날 수 있으며, 1~2일 이내 호전됩니다
- 다만, 증상이 심해지거나 장시간 지속되는 경우, 그 밖에 다른 증상이 나타난 경우 의사의 진료를 받도록 합니다

인플루엔자를 예방하는 건강한 생활습관

- ☑ 흐르는 물에 비누로 30초 이상 손씻기
- ☑ 씻지 않은 손으로 눈, 코, 입 등을 만지지 않기
- ☑ 기침할 때는 휴지나 옷소매 위쪽으로 입과 코를 가리고 기침 예절 지키기
- ☑ 인플루엔자에 감염되었을 경우 어린이집, 유치원, 학교, 학원 등에 등원·등교 자제하기
- ☑ 갑작스러운 발열과 콧물, 인후통, 근육통 등 인플루엔자 의심 증상이 있는 경우 곧바로 가까운 의료기관에서 진료받기

예방접종 후 이상반응이 발생하면 보건소 및 의료기관을 통해 신고하실 수 있으며,
「예방접종피해 국가보상제도」를 운영하고 있으니 주소지 관할 보건소로 문의하시기 바랍니다