



좋은 부모를 준비하는 행복한 학교

가정통신문

학교 351-1518
351-1517
FAX 353-1591
www.jbut.hs.kr

제 목

인플루엔자독감 무료 예방접종 재안내

2020-2021절기 인플루엔자 국가예방접종 지원사업이 10월 13일(화)부터 만13~18세 이하 어린이 대상(중고등학생연령)으로 인플루엔자 백신 무료 예방접종을 재개할 예정입니다

▶ 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)

※ 2회접종 대상자: 생후6개월~만9세 미만 어린이 중 한 절기 내 2회 접종경험이 없는 경우

▶ 접종기관: 지정의료기관 및 보건소

※ 지정의료기관 확인은 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>) 또는 모바일앱에서 가능

※ 일부 보건소의 경우 예방접종 실시 안할 수 있으므로 방문 전 확인 필요

▶ 집중접종기간

대상자	고등학교(만16~18세)
접종기간	10월13일~12월31일

※ 인플루엔자 유행 전인 10~11월 접종 완료 권장

인플루엔자 4가 백신 예방접종 1회

* 단, 생후 6개월~만 9세 미만 어린이 중 다음 대상자는 2회 접종이 지원되니, 접종 전 예진의사와 상담하시기 바랍니다.

- 인플루엔자 예방접종을 처음하거나 이전 접종이력을 모르는 경우

- 2020-2021절기(2020. 7. 1.)이전까지 인플루엔자 백신을 총 1회만 접종한 경우

▶ 사전예약: 예방접종도우미누리집(<https://nip.cdc.go.kr>)/모바일앱/전화

※ 의료기관 내 밀집도 감소 및 감염병 확산 방지 등을 위해 사전예약제 적극 활용

▶ 학생 출석인정: 예방접종확인서 또는 뒷장의 방문확인서 중 1개를 학교에 제출

- 예방접종확인서: 접종후 예방접종도우미 또는 정부24 누리집에서 출력, 학교에 제출

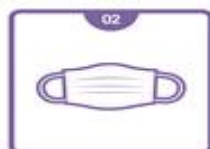
※ 접종 완료 당일 '예방접종도우미' 사이트에서 즉시 확인서 출력이 안될수도 있음

- 방문확인서: 뒷장 서식(학교제공)을 가지고, 접종기관의 확인 받아 학교에 제출

의료기관 방문 시 행동수칙



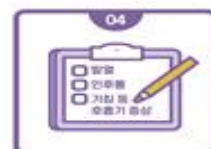
지정된 예약일에
유선확인 후 방문



보호자와 대상자 모두
마스크 착용



손소독 등
개인위생 수칙 준수



대상자, 보호자는
코로나19 증상 있을 시
내원 전 알리기



접종 후 현장에서
15~30분 머물며
이상반응 관찰 후 귀가

2020. 10. .12.

전북유니텍고등학교장



인플루엔자 예방접종 방문 확인서

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

※ 병원 또는 보건소에 V체크 하시기 바람

■ 인플루엔자 접종관련 방문 내역

- 소속 : ()학교 ()학년 ()반 성명:

- 방문 병원 또는 보건소 기관명 :

발행일 : 20 . 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 예방접종 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

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)

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
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 한 적이 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.	
<p>본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계: -</p> <p>* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호()</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p>	

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)	