



백산중 2024-083  
교무실 063)582-2046  
행정실 063)584-2053

**가 정 통 신 문**  
<https://school.jbedu.kr/whitesan>  
교무실 063-582-2046, 행정실 063-584-2053  
팩 스 063-583-4647  
(56323) 전북 부안군 백산면 백산로 379



## 주 제 : 2024-2025절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 안내 가정통신문

학부모님 안녕하십니까?

우리학교의 교육활동에 관심을 가져 주셔서 감사 드리며, 항상 가정에 행복이 가득하시기를 기원 드립니다. 감염병 예방을 위한 「2024-2025절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 지원사업」을 학생 건강보호를 위하여 아래와 같이 안내 드립니다.

### 가. 주요 내용

- ▶ 지원대상: 생후 6개월~13세 어린이(2011.1.1.~2024.8.31. 출생아)
- ▶ 지원내용: 인플루엔자 4가 백신
- ▶ 접종기간: (2회접종 대상) 2024.9.20.(금)~2025.4.30.(수)  
(1회접종 대상) 2024.10.2.(수)~2025.4.30.(수)
- ▶ 접종기관: 전국 지정의료기관 및 보건소  
※ 지정의료기관 및 회차별 접종 대상 확인은 예방접종도우미 누리집 (<https://nip.kdca.go.kr>)에서 확인 가능
- ▶ 기타사항: 어린이 예방접종은 반드시 부모를 동반하도록 하고 있으나, 부득이 보호자와 함께 방문하기 어려운 대상자인 경우 의료기관 방문 전 보호자가 '예방접종 시행 동의서'와 '예방접종 예진표'를 작성하여 지참한 경우 예방접종이 가능

### 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

2024년 9월 24일

백 산 중 학 교



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 이상반응에 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 통원·통교 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 주所知 관찰 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 작성하여  
야 하며, 관련 서식은 예방접종도우미 홈페이지(<https://nip.cdc.go.kr>) > 예방접종관리 > 관련자료 다운로드에서 다운로드하  
여 이용하실 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 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p>	□ 예 □ 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>	□ 예 □ 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>	□ 예 □ 아니오
접종 대상자에 대한 확인 사항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/>
오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오. ( )	□ 예 □ 아니오
약이나 음식물(계란 포함) 혹은 백신접종으로 두드러기 또는 발진 등의 알레르기 증상을 보인 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
과거에 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어주십시오. (예방접종명: )	□ 예 □ 아니오
선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. ( )	□ 예 □ 아니오
경련을 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 있다면 병명을 적어주십시오. (병명: )	□ 예 □ 아니오
최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	□ 예 □ 아니오
최근 1개월 이내에 예방접종을 한 일이 있습니까? 있다면 예방접종명을 적어 주십시오. (예방접종명: )	□ 예 □ 아니오
(여성) 현재 임신 중이거나 또는 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	□ 예 □ 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(      년      월      일 )</p>	

의사 예진 결과 (의사 기록란)	확인 <input checked="" type="checkbox"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;">체온:      °C</div> <div style="width: 40%;">예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음</div> </div>	□
‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음	□
문진결과:	
<p>이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다.      의사성명: (서명)</p>	

# 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)		