


<div style="text-align: center;"> <p>교훈 : 성실</p>  </div>	<h1 style="margin: 0;">가 정 통 신 문</h1>	제 2021 - 154 호
	<h2 style="margin: 0;">인플루엔자(독감) 무료 접종 안내</h2>	담당 : 학생인권부 경기도 시흥시 장현순환로 100 ☎ (교무실) 031-365-8200 ☎ (행정실) 031-365-8210

학부모님 가정에 평안이 가득하시길 기원합니다.

겨울철 학생들의 건강 보호를 위한 인플루엔자 무료 예방접종 사업이 실시됨에 따라, 예방접종 관련 내용을 아래와 같이 안내하여 드립니다. 아래의 안내 사항을 참고하시어 예방접종에 적극 동참하여 주시기 바랍니다.

- ◆ **대 상** : 생후 6개월 이상 ~ **만13세 이하** (2008.1.1.~2021.8.31. 출생자)
- ◆ **장 소** : 전국 위탁의료기관(주소지 상관없음) 및 보건소 [보건소는 방문 전 확인 필수]
 ※ 예방접종도우미 사이트 (<http://nip.kdca.go.kr/>) > 예방접종관리 > 지정의료기관 찾기
- ◆ **접종기간** : (2회 접종대상) '21.9.14.(화) ~ '22.4.30.(토)
 (1회 접종대상) '21.10.14.(목) ~ '22.2.28.(월)
 ※ 2회 접종 대상 : 인플루엔자 예방접종을 처음 하거나 이전 접종력을 모르거나, '21.7.1. 전까지 인플루엔자 백신을 총 1회만 접종한 경우
- ◆ **백신종류** : 인플루엔자 불활성화 4가 백신
- ◆ **비 용** : 무 료

2. 의료기관 방문 주의사항

- ☐ 건강상태가 좋은날 접종 하기
- ☐ 보호자와 접종대상자 모두 마스크 착용
- ☐ 손소독 등 개인위생수칙 준수
- ☐ 대상자, 보호자는 코로나19 증상 있을 시 내원 전 알리기
- ☐ 접종 후 현장에서 15~30분 머무르며 이상반응 관찰 후 귀가

3. 예방접종 주의사항

- ☐ 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.)
- ☐ 인플루엔자 백신 성분(계란 등)에 중증 알레르기 반응이 있었던 경우

4. 기타 안내사항

- 반드시 부모 동반하되, 부득이하게 부모동반이 불가한 경우 보호자가 작성한 '예방접종 시행동의서<붙임1>' 및 '예방접종예진표<붙임2>' 지참 시 의사 예진 후 접종 가능

※ 위탁 의료기관의 백신 보유 잔량에 따라 접종이 어려울 수 있으므로,
 의료기관 방문 전에 접종가능 여부를 확인하시기 바랍니다.

*** 인플루엔자 예방접종 시 출결 안내 ***

- ☐ 인플루엔자 예방접종 당일은 [출석인정결석 처리 가능](#)
- ☐ 예방접종도우미 사이트에서 예방접종 증명서를 발급(출력)받아 학교(담임교사)에 제출
- ☐ 가정에서 증명서 출력이 어려운 경우, 아래의 접종기관 방문 확인서 서식을 가지고
접종기관의 확인을 받아 학교(담임교사)에 제출

* 인플루엔자 국가예방접종 관련 병원 또는 보건소 방문 확인서

인플루엔자 예방접종 방문 확인서

아래 학생은 정부가 지원하는 2021-2022절기 인플루엔자 국가 예방접종
대상으로 예방접종을 받기 위해 본 병원() 또는 보건소()에 방문
하였음을 확인합니다.

※ 병원 또는 보건소에 V 체크 하시기 바랍니다.

■ 인플루엔자 접종관련 방문 내역

- 소속 : ()중학교 1학년 ()반 성명 ()
- 방문 병원 또는 보건소 기관명 : ()

발행일 : 2021년 월 일

기관 또는 확인자명 : (서명)

2021. 10 . 6 .

시 흥 가 온 중 학 교 장 (직인생략)

소아청소년 대상 인플루엔자 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 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 누리집(<https://nip.kdca.go.kr>) > 예방접종관리 > 관련자료 다운로드에서 다운로드하여 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>		<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>		<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. (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>		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
<p>경련을 한적이 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. (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. (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 style="text-align: right;">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"/>
<p>Are you feeling sick today? If yes, please describe any symptoms. ()</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>Have you ever experienced an allergic reaction such as urticaria or rash to certain medications, foods (especially eggs), or vaccinations?</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>Have you ever experienced any adverse events following vaccination in the past? If yes, please specify the vaccine. ()</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>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.()</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>Have you experienced seizures or other nervous system disorders (e.g. Guillain-Barre syndrome)?</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>Do you have cancer, hematologic diseases, or any other immune system problem? If yes, please describe. ()</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>In the past three months, have you taken cortisone, prednisone, other steroids or anti-cancer drugs, or had radiation treatment?</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>In the past year, have you ever received a blood transfusion or immunoglobulin?</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>Have you received any vaccinations within the past month? If yes, please specify. ()</p>		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>(For women) Are you pregnant or is there a chance of becoming pregnant within the next month?</p>		<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)		