

## -2022-2023절기 어린이 인플루엔자 국가예방접종 지원 안내-

질병관리청에서는 2022년 9월 16일 금요일부터 전국에 인플루엔자 유행주의보를 발령하였습니다. 이에 인플루엔자 감염 예방을 위해 다음과 같이 **무료 예방접종 및 관련 정보**를 안내하오니 참고하여 건강하고 안전한 겨울을 준비하시기 바랍니다.

### < 어린이 인플루엔자 예방접종 안내 >

1. 접종대상: 생후 6개월 ~ 만 13세 어린이(2009.1.1.~ 2022.8.31. 출생아)

2. 접종기간

- ① (2회접종대상) '22.9.21.(수) ~ '23.4.30.(일)  
② (1회접종대상) **'22.10.5.(수) ~ '23.4.30.(일)**

※ 생후 6개월 ~ 만 9세 미만 중 ①인플루엔자 예방접종을 처음 접종하는 어린이와 ②'22.6.30.까지 인플루엔자백신을 총 1회만 접종한 어린이는 2회 접종 대상자임

3. 백신 종류: **인플루엔자 4가 백신**

4. 접종기관: **지정 의료기관 및 보건소**

※ 지정의료기관은 예방접종도우미 누리집(<https://nip.kdca.go.kr/irhp/index.jsp>)에서 확인 가능하며, 일부 보건소는 어린이 예방접종을 미실시하므로 반드시 방문 전 접종가능여부 확인 필요

5. 기타 안내사항

- 1) 반드시 부모 동반하되, 부득이하게 부모 동반이 불가한 경우 보호자가 작성한 '예방접종 시행 동의서' 및 '예방접종 예진표' 지참 시 예방접종 가능  
※ 서식은 반드시 보호자(부모 또는 법정대리인)가 작성
- 2) 예방접종 전후 주의사항, 이상반응 등 반드시 사전 숙지 필요(안내문 참고)
- 3) **접종은 교육활동에 지장이 없는 범위(하교 후, 주말 등)에서 시행하고 접종으로 인한 결석(지각, 조퇴 등)은 출석으로 인정하지 않음**

### < 인플루엔자 감염 예방 수칙 >

- **인플루엔자 예방접종 받기**
  - 해당 대상자는 접종 시기에 맞춰 조속히 접종하기
- **발열 및 호흡기 증상이 있을 시 의료기관을 방문하여 적절한 진료 받기**
- **올바른 손 씻기의 생활화**
  - 흐르는 물에 비누로 30초 이상 손 씻기
  - 외출 후, 식사 전·후, 코를 풀거나 기침·재채기 후, 용변 후 등
- **기침 예절 실천**
  - 기침할 때는 휴지나 옷소매로 입과 코를 가리고 하기
  - 사용한 휴지나 마스크는 바로 쓰레기통에 버리기
  - 기침 후 반드시 올바른 손 씻기 실천
- **씻지 않은 손으로 눈, 코, 입 만지지 않기**

2022년 9월 23일

선 단 초 등 학 교 장

## 불임 1

## 인플루엔자 바로 알기 [Q & A]

### 1) 인플루엔자란 어떤 질병인가요?

인플루엔자는 흔히 독감이라고도 불리며, 인플루엔자바이러스에 의한 감염성 호흡기 질환입니다. 인플루엔자의 임상증상은 경증에서 중증까지 나타날 수 있으며, 심한 경우 입원이 필요하거나 사망에까지 이를 수 있습니다. 특히, 만 65세 이상 어르신, 어린이, 임신부, 폐질환/심장질환 환자, 특정 만성질환 환자, 면역저하자 등은 폐렴 등 합병증이 발생하거나 입원할 위험이 높습니다.

### 2) 인플루엔자는 어떻게 전염되나요?

인플루엔자는 기침, 재채기 등을 통해 사람끼리 전염됩니다. 기침 / 재채기에 의해 다른 사람이나 물체에 묻은 비말을 만진 손을 씻지 않고 눈, 입 또는 코를 만질 경우에도 인플루엔자 바이러스에 감염될 수 있습니다.

### 3) 인플루엔자에 감염되면 의심 증상은 무엇인가요?

인플루엔자바이러스에 감염되면 1~4일(평균 2일) 후에 증상이 나타납니다. 인플루엔자는 발열, 기침, 두통, 근육통, 콧물, 인후통 등의 증상이 나타납니다. 소아는 오심, 구토, 설사 등이 나타나기도 합니다. 발열과 같은 전신증상은 일반적으로 3~4일간 지속되지만, 기침과 인후통 등은 해열된 후에도 며칠간 더 지속될 수 있습니다.

### 4) 인플루엔자 예방은 어떻게 하나요?

인플루엔자 예방접종을 받고, 인플루엔자 환자와 접촉을 피하고, 올바른 손 씻기와 씻지 않은 손으로 눈, 코 또는 입을 만지지 않기 등 개인위생 수칙을 준수해야 합니다.

### 5) 인플루엔자 환자가 다른 사람에게 전파 시킬 수 있는 기간은 어느 정도인가요?

인플루엔자 환자의 나이나 상태에 따라 바이러스 전파 기간의 차이가 날 수 있습니다. 성인의 경우 대개 증상이 생기기 하루 전부터 증상이 생긴 후 약 5~7일까지 감염력이 있으나 소아의 경우에는 증상 발생 후 10일 이상 감염력이 있는 경우도 있습니다.

### 6) 인플루엔자로 진단받은 경우 등교나 출근을 할 수 있나요?

인플루엔자로 진단받은 경우는 해열 후 24시간이 경과하여 감염력이 소실될 때까지 등교, 등원, 출근 등을 하지 않고 집에서 휴식을 취해야 합니다. 집에서 휴식을 취하는 동안 가정 내의 65세 이상 고령자 등 고위험군과의 접촉은 피해야 하며, 병원 방문 등의 꼭 필요한 경우 외는 외출을 삼가야 합니다. 다시 등교나 출근을 하기 위해서는 해열제 복용 없이도 해열이 된 후 최소 24시간 이상 경과를 관찰해야 합니다.

### 7) 인플루엔자와 코로나19를 어떻게 구분하나요?

인플루엔자와 코로나19는 둘 다 호흡기바이러스 감염병으로, 증상만으로 두 감염병을 정확히 구별하기는 어려우며, 검사를 통해 구별할 수 있습니다. 다만, 인플루엔자는 상대적으로 38°C 이상의 갑작스러운 고열과 근육통, 두통이 발생하는 경우가 많고, 코로나19는 일반적인 호흡기 증상 이외에도 후각 또는 미각의 저하나 호흡곤란 등의 특징이 있습니다.

### 8) 인플루엔자는 치료제가 있나요?

의료기관을 방문하여, 항바이러스제를 복용하며, 휴식을 취하는 것이 중요합니다.



2022-2023 절기

# 어린이 인플루엔자 예방접종 안내문



우리 아이들의 건강을 지켜주는 예방접종!

9월 21일부터 가까운 둘러 복지기관에서 인플루엔자 예방접종을 할 수 있습니다.

## • 어린이 인플루엔자 국가예방접종 지원 안내 •

| 지원대상 | 생후 6개월 ~ 만 13세 어린이 (2009.1.1. ~ 2022.8.31. 출생)  
※ 실제 생년월일과 주민등록상 생년월일이 상이한 어린이는 실제 생년월일 기준

| 지원기간 | 2회 접종대상자 2022.9.21.(수) ~ 2023.4.30.(일)

1회 접종대상자 2022.10.5.(수) ~ 2023.4.30.(일)

※ 예방접종 일정 및 접종 횟수는 예진의사와 상담

| 접종기관 | 자정의료기관 및 보건소

※ 예방접종도우미 누리집에서 확인 가능 (보건소는 방문 진 희망 필수)

| 지원내용 | 인플루엔자 4가 예방접종 1회

※ 단, 생후 6개월 ~ 만 9세 미만 소아 중 다음 대상자는 2회 접종 지원되며, 접종 전 예진의사와 상담하시기 바랍니다.

- 인플루엔자 예방접종을 처음하거나 미전 접종이력을 모르는 경우
- 2022-2023 절기 전까지 인플루엔자 백신을 총 1회만 접종한 경우

## 이런 분들은 예방접종을 해서는 안됩니다!

- ✓ 생후 6개월 미만 영아
- ✓ 과거 인플루엔자 백신 접종후 중증(생명에 위협적인) 알레르기 반응이 있었던 경우
- ✓ 인플루엔자 백신 성분에 중증 알레르기 반응이 있었던 경우

## 이런 분들은 예방접종에 주의해야 합니다!

- ✓ 인플루엔자 백신접종 후 6주 이내 길랭-바雷 증후군의 과거력이 있는 사람
- ✓ 중등증 또는 중증 급성질환자는 증상이 호전될 때까지 접종 연기

예방접종도우미  
바로가기



예방접종도우미

검색창에 '예방접종도우미'를

검색해주세요.



바로가기 QR코드 스캔

<https://hip.kicce.go.kr/>

스캔하기



#### 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.
  - ✓ 접종부위는 청결하게 유지합니다.
  - ✓ 접종 후 2~3일간은 특별한 관심을 가지고 자녀를 관찰하고, 고열 등 평소와 다른 신체 증상이 나타나면 반드시 의사의 진료를 받도록 합니다.

#### **예방접종을 위해 의료기관 방문 시 행동수칙**



#### 인플루엔자 예방접종 후 이상반응

#### | 예방접종 후 발생 가능한 이상반응 |

- ✓ **금스 이상반응** : 갑증부위가 뻣갈개 보이오름, 표준  
✓ **전신 이상반응** : 땀얼, 무리감, 근육통, 두통 등

| 예방접종 후 이상반응이 생기면 |

경미한 이상반응은 예방접종 후 나타날 수 있으며, 2~3일 이내 호전됩니다. 다만, 증상이 심해지거나 장시간 지속되는 경우 그 밖에 다른 증상이 나타나는 경우 의사의 진료를 받도록 합니다.

인플루엔자를 예방하는 건강한 생활습관

- ✓ 흐르는 물에 비누로 30초 마상 손씻기
  - ✓ 씻지 않은 손으로 코, 눈, 입 등을 만지지 않기
  - ✓ 기침할 때는 휴지나 웃소매 위쪽으로 일과 코를 가리고 기침 예절 지키기
  - ✓ 기침, 콧물 등 호흡기 증상자와 접촉 피하기
  - ✓ 인플루엔자에 감염되었을 경우 어린이집, 유치원, 학교, 학원 등에 등원·등교 자제 하기
  - ✓ 갑작스러운 발열과 콧물, 인후통, 근육통 등 인플루엔자 의심 증상이 있는 경우 곧바로 가까운 민로기관에서 진료 받기

예방접종 후 이상반응이 발생하면 보건소 및 의료기관을 통해 신고하실 수 있습니다.

『예방접종피해 국가보상제도』를 운영하고 있으니 보건소로 문의하시기 바랍니다.

### 불임 3

## 소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서

### 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)

## 불임 4

## 예방접종 예진표

## 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"/>	
'감염병의 예방 및 관리에 관한 법률' 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.		
■ 개인정보 수집·이용 목적: 필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부관련 문자		
■ 개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)		
■ 개인정보 보유 및 이용기간: 5년		
예방접종을 하기 전에 피접종자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 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.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 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.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
접종대상자에 대한 확인사항	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 한적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(길랭-바雷 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.		
본인(법정대리인, 보호자) 성명 :	(서명)	접종대상자와의 관계 :
* 피접종자가 출생신고 이전의 신생아인 경우 법정대리인의 주민등록번호( )		- 년 월 일

의사 예진 결과 (의사기록란)		확인 <input checked="" type="checkbox"/>
체온 :	℃	예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음
'이상반응 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음		
문진결과 :		
이상의 문진 및 진찰 결과 예방접종이 가능합니다.		의사성명 : (서명)

210mm × 297mm(보존용지(2종) 70g/m<sup>2</sup>)