인플루엔자 무료 예방접종 추가 사항 안내

인플루엔자(독감) 국가 무료 예방접종 관련 추가 사항(출석인정 방법) 안내입니다.
코로나19와 임상증상이 유사한 인플루엔자의 동시 유행을 방지하고자 한시적으로 고등학생 까지 확대하여 무료접종을 실시합니다. 집중접종기간 내 안전한 예방접종이 될 수 있도록 학부모님의 적극 협조 바랍니다.

1. **접종 대상**: 생후 6개월~만 18세(2002.1.1.~2020.8.31. 출생자)

2. **접종 백신**: 인플루엔자 4가 백신 무료접종

3. **접종 기간:** 2020.9.22.(화)~2020.12.31.(목)
   중학생 집중접종 기간 2020.10.05.(월) ~ 2020.10.12.(월) 권장

4. **접종 기관**: 지정 의료기관(http://nip.cdc.go.kr) 확인 및 사전 예약(사전 확인) 필요
   사전예약 앱 설치 '예방접종도우미' 검색

5. **출석인정:** 접종률 제고를 위해 예방접종 차 검진기관을 방문하는 학생의 출석인정 함
   예방접종확인서 또는 방문확인서 중 1개 학교(담임교사)에 제출
   ※ **예방접종확인서** : 접종 후 '예방접종도우미누리집' 또는 '정부 24' 사이트에서 출력
   예방접종 당일은 확인서 출력이 안 될 수 있음
   ※ **방문확인서** : 뒷면 인플루엔자 예방접종 방문 확인서 서식을 가지고 접종기관 방문
   ※ 학교의 지필 ·수행평가 기간(시간)은 미인정 결석(결시) 처리함

6. **예방접종 의료기관 방문 시 참고사항**

보호자 동행하는 경우	불가피하게 학생 혼자 가는 경우
학생증(신분증)지참 예진표 작성(보호자 사인)	학생증(신분증) 지참 **보호자(법정대리인 사인)가 작성한 동의서, 예진표 제출**

'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 다운로드
접종 후 현장에서 15~30분 머물며 이상반응 관찰 후 귀가

2020. 9. 21.

이 동 중 학 교 장

인플루엔자 예방접종 방문 확인서

아래 학생은 정부가 지원하는 2020-2021절기 인플루엔자 국가예방접종 대상으로 **예방접종을 받기 위해 본 병원( ) 또는 보건소( )에 방문하였음을 확인**합니다.

※ 병원 또는 보건소에 ∨체크

■ 인플루엔자 접종관련 방문 내역

- 소속 : 이동중학교
  ( )학년 ( )반 성명:

- 방문 병원 또는 보건소 기관명 :

발행일 : 2020년 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) 접종기관 방문 전에 본 확인서 서식을 가지고 접종기관의 확인을 받아 학교에 제출 방법 중 선택 가능

소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서

질병관리본부에서는 **안전한 예방접종 시행을 위해 보호자(법정대리인)가 동행하여 예방접종을 실시**하도록 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 작성**하여야 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.

성 명		주민등록번호	- (□남 □여)		
실제 생년월일		외국인 등록번호	- (□남 □여)		
전화번호	(집) (휴대전화)			체 중	kg

예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항	본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑
'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. * 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.	□ 예 □ 아니오
필수예방접종의 다음접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자를 휴대전화로 수신하는 것에 동의합니다. * 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.	□ 예 □ 아니오
접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	**본인(법정대리인, 보호자) 확인 ☑**
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
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	

의 사 예 진 결 과 (의 사 기 록 란)		확인 ☑
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)		

210㎜× 297㎜(보존용지(2종) 70g/㎡)