


<div>교훈 : 정직</div> <div></div>	가 정 통 신 문		제2020-119호
			담당 : 보건교사
	청 소 년 인플루엔자(독감) 무료예방접종 지원사업 재개 안내		경기도 시흥시 매화로 71 ☎ 070-4706-1860

학부모님 가정의 평안을 기원합니다.

2020년 소아·청소년 인플루엔자 무료 예방접종이 18세 이하로 확대되어 아래와 같이 안내합니다.

인플루엔자와 코로나-19 증상이 유사하여 동시 유행 시 혼란이 예상됩니다. 단체 생활하는 학생들의 감염 확산 방지를 위해 **가급적 안내된 기간(10/13일~12/31일)동안 귀 자녀의 예방접종이 이루어지도록 협조**하여 주시기 바랍니다.

● 대 상 : 만 13세~18세 이하 소아·청소년 (2002. 1. 1. ~ 2007. 12. 31.출생자)

● 기 간 : 2020.10. 13.(화) ~ 2020. 12. 31.(목)

● 비 용 : 무료

● 장 소 : 지정된 위탁 의료기관 (별첨 4)

※ 보건소 및 보건지소는 외국인 관리번호 대상자만 접종 가능

● 방 법 : 예방접종도우미 사이트 예약 또는 전화예약 후 방문

*사전예약방법: 예방접종도우미 누리집(<https://nip.cdc.go.kr>)/모바일앱/전화

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

● 유의사항:

- 1) 과거 백신 접종 후 중증 알레르기 반응이 있었던 경우에는 접종을 해서는 안됨.
- 2) 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물면서 급성 이상반응 발생여부를 관찰한 뒤 귀가해야함.
- 3) 안전한 예방접종 시행을 위해 의료기관 방문 시 **반드시 부모를 동반하도록 하지만**, 부득이하게 보호자가 함께 방문하기 어려운 경우 사전에 **보호자가 '예방접종시행동의서 및 예방접종 예진표<별첨1,2>를 작성하고, 이를 아이가 지참할 경우는 보호자 없이도 접종가능'**
- 4) 서식은 반드시 보호자(부모 또는 법정 대리인)가 작성해야 하며, 예진의사는 반드시 유선으로 예진결과 및 접종 전후 주의사항 등을 보호자에게 설명하여야 함.
- 5) 인플루엔자 예방접종 시 의료기관에서 접종내역을 전산에 등록하므로 예방접종 확인서를 제출할 필요 없음.

● 접종 당일 출석인정(결석, 지각, 조퇴) 처리: 방문확인서 또는 예방접종확인서 중 1개를 학교(담임교사)에 제출

- 방문확인서: [별첨3] 방문확인서(학교제공)를 가지고 접종기관 확인을 받아 학교에 제출

- 예방접종확인서: 접종 후 예방접종도우미 또는 정부24 누리집에서 출력하여 학교에 제출

(접종 완료 당일은 예방접종도우미 누리집에서 확인서 출력이 즉시 안될 수도 있음)

※ 학교의 지필·수행평가 기간(시간)은 미인정 결석(결시) 처리함

< 지정된 위탁 의료기관 확인 방법 >

- 예방접종도우미(<http://nip.cdc.go.kr>) 사이트 -> '인플루엔자 예방 사업 참여 의료기관' 팝업 창 뜸.
- (팝업창이 뜨지 않는 경우) 예방접종도우미(<http://nip.cdc.go.kr>) -> 오른쪽 바로가기 메뉴 중 '지정의료기관 찾기'
- > '어린이 인플루엔자 지정의료기관' 탭 클릭 -> 지역, 사업참여정보만 설정한 후에 검색

● 접종 전/후 주의사항

- 예방접종 전 반드시 의사의 예진 받기
- 예방접종 전 열이나 아픈 증상이 있다면, 전문의와 상담 후 접종 여부 결정하기
- 접종 부위 청결하게 유지하기(접종한 당일은 **샤워나 목욕하지 않기**, 접종 부위 **손으로 만지지 않기**)
- 접종 후 2~3일간은 자녀를 유심히 관찰하고, 고열 등 평소와 다른 신체 증상이 나타나면 반드시 의사 진료를 받기
- 의료기관 방문 수칙 준수하기



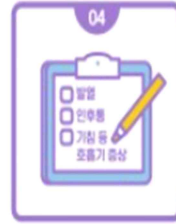
지정된 예약일에
유선확인 후 방문



보호자와 대상자 모두
마스크 착용



손소독 등
개인위생 수칙 준수



대상자, 보호자
코로나19 증상 있을 시
내원 전 알리기



접종 후 현장에서
15~30분 머물며
이상반응 관찰 후 귀가

● 예방법

손 씻기 !

외출 전후 흐르는 물에 비누로 30초 이상!
손만 꼼꼼하게 씻어도 감염병 예방에 큰 효과를 볼 수 있습니다.



기침예절 지키기와 마스크 착용하기 !

마스크를 착용하고 있지 않는데, 기침이 나을 경우, 휴지나 옷소매로 입과 코를 막아주세요!
감염의 전파 및 확산을 막을 수 있는 행동 양식입니다.



등교 중지하기 !

인플루엔자 의심증상이 나타날 경우, 등교를 중지하고 담임선생님에게 연락 후 시흥보건소에
연락하여 상담하거나 코로나19 선별진료소(시화병원 또는 센트럴병원)를 방문합니다.



예방접종 하기 !

항체 형성에 2주 정도 소요되므로
인플루엔자 유행 이전에 접종을 완료하는 것이 효과적입니다.



2020. 10 . 13 .

시 흥 매 화 중 학 교 장 [직인생략]

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)		

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 사 용하실 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 :

2020 년 월 일

본인(법정대리인, 보호자) 성명: (서명/인)

인플루엔자 예방접종 방문 확인서

아래 학생은 정부가 지원하는 2020-2021절기 인플루엔자 국가예방접종 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

해당동	의료기관명	전화번호	해당동	의료기관명	전화번호
대야동	중앙소아청소년과의원	313-3331	농곡동	수이비인후과의원	404-1470
	킴스이비인후과의원	312-5025		능곡늘푸른정형외과의원*	317-7252
	이중오신경외과의원	313-9775		한중완신경외과의원	318-7582
	신천연합병원	310-6300		베스트내과의원	317-9226
	삼성필의원	316-7800		꾸러기소아청소년과의원	316-9955
	이연정내과의원*	313-2992		능곡하나내과의원	364-8393
	신성철소아과의원	311-4265	군자동	권내과의원*	493-2007
	아산우리소아청소년과의원	311-5975		송지연소아청소년과의원	494-8681
신천동	희망의원	315-2580		김정수이비인후과의원	491-4550
	연세이비인후과의원	313-1991		보람의원	508-4999
	구본건여성의원	312-7575	월곡동	김경범소아청소년과의원	491-5275
	상쾌한속내과의원	313-7582		연세사랑의원	435-0970
	밝은가정의원	312-8300		열린이비인후과의원	318-7275
	우리내과의원	404-4037		파티마외과의원	317-4341
	시흥센트럴이비인후과의원	364-8225		이신우가정의학과의원	317-3993
	우리이비인후과의원	314-2588		아산드림소아청소년과의원	435-0505
	한마음내과의원	312-2277	배곧동	365서울가정의학과의원	319-6429
	김정은소아청소년과의원	362-6236		연세조이소아청소년과의원	364-8375
	연세바른의원	494-9001		상쾌한이비인후과의원	506-7585
	이화소아과의원	313-9696		꿈나무소아청소년과의원	503-2288
	신천제일의원	315-3578		코아이비인후과의원	319-3220
	한양의원	312-9795		사랑내과의원	497-1002
	신천한솔의원	312-3112		도도스이비인후과의원	431-6336
은행동	열린내과의원	404-7533		삼성키즈소아청소년과의원	431-0365
	신이비인후과의원	318-6577		라운소아청소년과의원	7733-5056
	문석준내과의원*	312-1671		연세탑의원	509-5075
	소래가정의원	313-2209		강소아청소년과의원	498-7577
	은계탑내과의원	509-7577	정왕본동	다솜소아청소년과의원	365-5722
	연세드림내과의원	316-8275		배곧연세소아청소년과의원	497-7533
	은계연세이비인후과의원	504-3100		김희승내과의원	432-5544
	에코이비인후과의원	504-3838		드림내과의원*	431-7788
	연세소아청소년과의원	311-1547		좋은가정의원	434-1719
	은계코아이비인후과의원	506-2772		봉봉가정의학과의원	432-2520
	은계하나내과의원	317-2111	정왕1동	센트럴병원	8041-3000
	숨앤소리이비인후과의원	507-5123		제일365소아청소년과의원	497-6063
	바른소아청소년과의원	364-8232		두라이비인후과의원*	431-7222
	은계두라이비인후과의원	365-4750		조온내과의원	434-9700
	삼성바른내과의원	311-2479		정왕연세소아청소년과의원	433-7533
	문소아과의원	315-0029		85서울정형외과의원*	434-8575
	하나소아청소년과의원	315-7585		한사랑의원	499-7582
매화동	매화가정의학과의원	313-2202		행복한의원*	434-8275
	박애의원	315-4115		정가정의학과의원	319-6854
	늘편한의원*	503-6500	정왕2동	녹색의원	432-5900
연성동	장현가정의학과의원	318-6347		시화성모의원	434-1119
	박재성내과의원	317-8003		동서외과의원	433-8275
	녹향의원	310-5300		삼성연합의원.금성한의원	496-0712
	제일내과의원	404-2228		참조은의원	434-5805
목감동	연세엘소아청소년과의원	414-1010	정왕3동	시화윤내과의원*	431-4073
	목감연세내과의원	411-0818		바른마디척의원	433-6600
	정샘소아청소년과의원	413-5575		시화병원	432-2600
	시흥코아이비인후과의원	411-9111		속사랑내과의원	496-8737
	서울메디칼의원*	403-4880		시흥수이비인후과의원	433-8366
	호소아청소년과의원	403-0077		예진산부인과의원	431-1134
	서울아산이비인후과의원*	411-0871	정왕4동	서울아산베스트의원	497-6633
	아이조은연합소아청소년과의원	439-8838		하나가정의학과의원	433-7585
	목감성모의원	482-6965		누가의원	431-7776
장곡동	더착한연세365의원	414-7533		누가소아청소년과의원	498-3375
	이배진내과의원	317-8375		세종내과의원*	431-2343
	한사랑산부인과의원(12세 이하만 참여)	317-8375		세종소아청소년과의원	433-0353
	최소아청소년과의원	503-7533		시화연세이비인후과의원	433-4351
	미소내과의원	503-0622		조은이비인후과의원	497-0009
	코코이비인후과의원	435-0503			