

소아청소년 대상 국가예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 안전한 예방접종 시행을 위해 미성년자는 보호자(법정대리인)와 동행하여 접종할 것을 권고하고 있습니다.

본 동의서는 부득이하게 보호자(법정대리인)와 동행하지 못하는 소아청소년의 접종기회를 제고하고자 접종 대상자가 단독으로 의료기관을 방문하여 예방접종을 시행하는 것에 대한 보호자(법정대리인)의 동의 여부를 확인하기 위해 마련되었습니다.

보호자(법정대리인)는 예방접종 시행 동의서 및 예방접종 예진표를 사전에 작성하고, 접종기관 의사는 예방접종 전후 주의사항 및 접종 후 발생 가능한 이상반응 등에 대해 보호자에게 설명 후 접종할 수 있습니다.

귀하께서 사정상 동행하기 어려워 자녀가 혼자 접종기관을 방문해 예방접종을 받는 것에 동의하신다면, 자녀의 건강 상태를 확인하고 아래 항목을 작성하여 자녀가 예방접종 예진표와 함께 동의서를 가지고 **접종 의료기관에 방문할 수 있도록** 해 주시기 바랍니다.

* 예방접종 예진표 및 동의서 내려받기 경로: 예방접종도우미(<https://nip.kdca.go.kr>) > 예방접종관리 > 관련자료 다운로드

* '예방접종 예진표'와 '청소년 대상 예방접종 시행 동의서'는 반드시 보호자(법정대리인)가 작성합니다.

[보호자(법정대리인) 작성]

1. 자녀의 예방접종 시행에 동의하십니까? : 예 ☐ / 아니오 ☐
2. 표준예방접종일정에 따라 12세에 권장되는 접종 종류는 다음과 같습니다. 접종을 원하는 백신 항목을 선택하거나 직접 작성해 주십시오.

- ☐ HPV(사람유두종바이러스 감염증) 백신
※ 12세 여성청소년은 HPV 접종시 사춘기 성장발달 및 초경에 대한 건강상담을 무료로 받을 수 있습니다.
- ☐ Tdap(파상풍, 디프테리아, 백일해) 백신
(☐ Td(파상풍, 디프테리아) 백신 (※ 백일해 예방접종 금기자만 해당))
- ☐ 일본뇌염 불활성화 백신
- ☐ 인플루엔자 (※ 매년 해당 사업시기에 접종하는 백신)
- ☐ 기타()

3. 자녀의 예방접종 예진표를 작성하셨습니까? : 예 ☐ / 아니오 ☐
4. 예방접종 후 급성 중증 이상반응 발생 여부 관찰을 위해 접종 후 20~30분간 접종기관에 머물러야 합니다. 위 사항을 자녀가 준수할 수 있도록 사전에 알려주십시오. : 예 ☐
5. 접종기관으로부터 예방접종 후 이상반응 및 주의사항에 대한 설명을 듣기 위해 연락 가능한 연락처를 작성해 주십시오.(휴대 전화번호:)

※ 접종 당일 자녀의 건강 상태 및 의사의 예진 결과에 따라 예방접종이 연기될 수 있습니다.

피접종자(접종 대상자) 성명:

보호자(법정대리인) 성명 :

접종 대상자와의 관계 :

20 년 월 일 성명: (서명/인)

예방접종 예진표

안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고, 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

접종 대상자 인적 사항				
성 명		주민등록번호	-	(□남 □여)
실제 생년월일		외국인 등록번호	-	(□남 □여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	체 중	kg
예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의 사항				본인 확인 ☒
‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 제32조 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. ① 수집·이용 목적: 예방접종의 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 및 모바일앱 알림 서비스 제공 ② 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화) ③ 보유 및 이용기간: 5년				
‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’ 제26조의2에 따라 예방접종을 하기 전에 접종 대상자의 예방접종 내역을 예방접종통합관리시스템으로 사전 확인하는 것에 동의합니다. * 예방접종 내역의 사전 확인에 동의하지 않는 경우, 의료인은 예방접종 내역을 서면으로 요구할 수 있으며 접종 대상자는 특별한 사유가 없다면 이에 응하여야 합니다.				□ 예 □ 아니오
예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신할 수 없습니다.				□ 예 □ 아니오
예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 알림을 문자 및 모바일앱으로 수신하는 것에 동의합니다. * 알림 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신할 수 없습니다.				□ 예 □ 아니오

접 종 대 상 자 에 대 한 확 인 사 항	본인 확인 ☑
1. 최근 1개월 이내에 받은 예방접종이 있습니까? 그렇다면 예방접종명을 적어 주십시오. _____	☐ 예 ☐ 아니오
2. 과거에 예방접종 후 이상반응이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 그렇다면 이상반응과 해당 예방접종명을 적어 주십시오.(_____)	☐ 예 ☐ 아니오
3. 오늘 아픈 곳이 있습니까? 그렇다면 아픈 증상을 적어 주십시오. _____	☐ 예 ☐ 아니오
4. (여성) 현재 임신 중이거나 다음 한 달 동안 임신할 가능성이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
5. 약이나 음식물(예: 계란) 혹은 백신 접종으로 두드러기, 알레르기 증상(예: 발진, 아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)을 보인 적이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
6. 암, 백혈병 혹은 면역계 질환이 있습니까? 그렇다면 병명을 적어 주십시오. _____	☐ 예 ☐ 아니오
7. 최근 3개월 이내에 스테로이드제, 항암제, 방사선 치료를 받은 적이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
8. 최근 1년 동안 수혈을 받았거나 면역글로불린을 투여받은 적이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
9. (코로나19) 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 그렇다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. _____	☐ 예 ☐ 아니오
10. 경련을 한 적이 있거나 기타 뇌신경계 질환(예: 길랭-바레 증후군 포함)이 있습니까?	☐ 예 ☐ 아니오
11. 그 외 선천성 기형, 천식 및 폐질환, 심장질환, 신장질환, 간질환, 당뇨 및 내분비 질환, 혈액 질환(혈액응고장애 외)으로 진찰 받거나 치료 받은 일이 있습니까? 그렇다면 병명을 적어 주십시오. _____	☐ 예 ☐ 아니오

의사의 진찰결과와 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

본인(법정대리인, 보호자) 성명 :
(서명)
접종대상자와의 관계 :

* 접종대상자가 출생신고 이전의 신생아이인 경우 법정대리인의 주민등록번호 (

연 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)