



정직·성실·필요한 사람 가정통신문

(우) 61058
광주광역시 북구 설죽로 369
대표전화:062-570-9275
FAX:062-573-9075

제목 : Td(파상풍, 디프테리아) 및 일본뇌염(사백신) 예방접종 안내

발송일
2024. 05. 02.

학부모님, 안녕하십니까? 댁 내 평안과 건강을 기원합니다.
감염병 예방 및 관리에 관한 법률과 표준 예방접종 지침에 의거하여 일본뇌염(추가5차)과 Tdap(추가6차-파상풍, 디프테리아, 백일해) 추가 예방접종에 대해 안내합니다. 다음 안내에 따라 1학년 학생들은 예방접종을 완료하여 **확인서를 5월 25일(금)까지 담임선생님께 제출**해 주시면 됩니다.

◆ 일본뇌염(5차, 사백신), Td/Tdap(파상풍/디프테리아) 예방접종 안내

만11~12세에 추가로 접종해야 할 Td/Tdap, 일본뇌염(5차, 사백신) 예방접종을 아래와 같이 안내하오니, 자녀의 예방접종이 빠짐없이 이루어졌는지 확인하시고 **아직까지 접종이 안 된 학생들은 가까운 병·의원에서 접종**하시기 바랍니다.

해당연령 (해당학년)	접종명	비고
만11~12세 (초6~중1)	Td 또는 Tdap 6차	
만12세 (중1)	일본뇌염(사백신) 5차	※일본뇌염(생백신) 2차 접종 완료자 추가 접종 없음

※ 만13세부터는 비용지원이 되지 않으며(자비 부담), 꼭 병원에 백신이 있는지 확인 후 방문하세요!

※ 예방접종 내역 확인방법 : 예방접종도우미사이트(<http://nip.cdc.go.kr>)에서 확인 가능하며, 정부민원포털사이트 '민원24(www.minwon.go.kr)'에서 인터넷으로 직접 출력하실 수 있습니다.

2024. 05. 02.

고려중학교장

Tdap/Td(파상풍, 디프테리아/백일해), 일본뇌염 예방접종 확인서

고려중학교 1학년 ()반 ()번 이름: _____

◆ 개인정보 수집·이용 목적 : 학생예방접종 확인 및 건강기록부 등록

- 보유 및 이용 기간 : 2019.제출일 ~ 건강기록부 등록 후 파기
- 개인정보 수집·이용에 동의합니다. ☐ 예 ☐ 아니오

보호자 성명 : (인)

▶ 현재까지 접종을 모두 완료한 경우	
Td/Tdap(6차), 일본뇌염(5차, 사백신) 예방접종을 완료하였습니다.	보호자 확인 ()

▶ 현재까지 아래의 접종 중 한 가지라도 완료하지 않은 경우, 접종 후 작성해주세요		
접종명	접종 일자	접종기관 확인
일본뇌염	년 월 일	
TD (파상풍, 디프테리아)	년 월 일	
TDap (파상풍, 디프테리아, 백일해)	년 월 일	

학생예방접종예진표

※ 예진표는 의사선생님이 접종 전 건강상태를 판단할 수 있는 중요한 정보입니다.
건강상태를 잘 아는 보호자께서 성의껏 작성해 주시기 바랍니다.

접종자	이름		주민번호							-								
주 소						집전화												
						핸드폰												

◎ 현재 체온 : °C

※학생의 안전을 위하여 보호자 동의가 있어야만 접종이 가능하오니 예진표를 확인하시고
체크 및 서명하여 보내주시면 감사하겠습니다.

접종자에 대한 확인 사항	확 인	
1. 오늘 어떤 예방접종을 하러 방문하셨습니까? 일본뇌염()차, Td()	○ 표 하세요	
2. 오늘 아픈 곳이 있습니까? → 증상 ()	예	아니오
3. 최근 1개월 이내에 예방접종 한 일이 있습니까? ▶ 예방접종명 : () ▶ 접종일자 :(월 일)	예	아니오
4. 최근 1개월 이내 홍역, 볼거리, 풍진, 수두 및 기타 전염병을 앓은 적은? ▶ 병명 :()	예	아니오
5. 예방접종 후 이상반응이 생긴 일이 있습니까? ▶ 예방접종명 :()	예	아니오
6. 약물이나 음식물로 인한 알레르기가 있습니까? → 증상 : () (달걀, 네오마이신, 스트렙토마이신, 플리믹신B, 가나마이신, 에리스로마이신 등)	예	아니오
7. 경련을 한 일이 있습니까?	예	아니오
8. 선천성 기형, 선천성심장질환, 신장병, 뇌신경질환, 백혈병, 암, 면역결핍질환 및 기타 중한 질환으로 치료를 받거나 입원한 적이 있습니까? ▶ 병명 :()	예	아니오
9. 수혈을 받았거나 면역제제(글로불린 포함) 및 스테로이드제를 투여 받은 적이 있 습니까?	예	아니오

*접종일정이나 누락된 접종을 안내하고 예방접종증명서를 발급하기 위하여 전국 보건소나 타 의료기관과 예방접종기록을 공유하는 것을 동의합니다.

*예진표 내용에 이상이 없으므로 접종 후 주의사항 및 이상반응에 대한 설명을 듣고 예방접종을 하겠습니다.

2024년 예산에

보호자 :

(인)