소아청소년 대상 인플루엔자 예방접종 시행 동의서

질병관리청에서는 **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 누리집(https://nip.kdca.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)