



25 พฤษภาคม 2569

เรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์

เรียน ท่านผู้ปกครอง

ด้วยพิจารณาว่าขณะนี้โรคไข้หวัดใหญ่กำลังระบาดและติดต่อกันได้ง่าย เนื่องจากโรคไข้หวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส ซึ่งมีคุณสมบัติในการกลายพันธุ์ อันเป็นเหตุให้โรคไข้หวัดใหญ่ระบาดอยู่ตลอดทุกปีทั่วโลก อาการของไข้หวัดใหญ่ คือมีไข้สูง ปวดเมื่อยทั้งตัว อ่อนเพลีย ปวดศีรษะอย่างมาก จนต้องนอนพัก ไม่สามารถมาเรียน ขาดสอบ และก่อให้เกิดความทรมาน รวมทั้งสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บางรายมีโรคแทรกซ้อนที่สำคัญคือปอดบวมซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ ในประเทศไทยพบการระบาดได้ตลอดปี โดยเฉพาะช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว จะพบมากกว่าปกติและเนื่องจากเชื้อไวรัสมีการเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ทุกปี องค์การอนามัยโลกยอมรับและแนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี ปีละหนึ่งครั้ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ปกครอง จึงได้จัดโครงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ ราคาเข็มละ 450 บาท (ไม่เป็นการบังคับใดๆทั้งสิ้น)

รายละเอียดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

1. กำหนดการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่

ระดับอนุบาล 1-3 , Kg.2-3 , ระดับประถมศึกษาปีที่ 1-2 และ Gr. 1-2 วันพฤหัสบดีที่ 4 มิถุนายน 2569

ระดับประถมศึกษาปีที่ 3-6 , มัธยมศึกษาปีที่ 1-6 และ Gr. 3-12 วันศุกร์ที่ 5 มิถุนายน 2569

2. นักเรียนที่เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในปีที่ผ่านมาแล้วฉีด 1 เข็มเท่านั้น

3. นักเรียนอายุต่ำกว่า 9 ปี ที่ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ครั้งนี้เป็นปีแรกแนะนำให้ฉีด 2 เข็ม โดยเข็มที่ 2 ห่างจากเข็มแรก 1 เดือน ซึ่งจะแจ้งวัน เวลาในการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 อีกครั้ง การชำระเงินจ่ายครั้งละ 1 เข็ม

4. วัคซีนที่นักเรียนฉีดในครั้งนี้จะป้องกันไข้หวัดใหญ่ 4 สายพันธุ์ 2026

ท่านที่มีความประสงค์ในการฉีดวัคซีน กรุณาแจ้งความประสงค์ในแบบตอบรับ หากมีข้อสงสัยสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาลวิชาชีพ หรือสอบถามเจ้าหน้าที่จาก แคร่ เซ็นเตอร์ ได้ในวันฉีดวัคซีน ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ คุณเนาวรัตน์ แหลมสั๊ก โทร 08 9890 4371

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและขอขอบพระคุณในความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี มา ณโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.วัลย์พร ศรีรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนกสิณธรเซนต์ปีเตอร์



ใบตอบรับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่

กรุณาส่งใบตอบรับส่งคืนคุณครูประจำชั้น ภายในวันศุกร์ที่ 29 พฤษภาคม 2569

ผู้ปกครองของ(ด.ช./ด.ญ./นาย/นางสาว).....

นักเรียนชั้น...../.....อายุ.....ปี.....เดือน.....โทร.....

ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่แล้ว

[] อนุญาตให้นักเรียนฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ พร้อมชำระเงินค่าวัคซีน 450 บาท

[] ไม่อนุญาต

ลงชื่อผู้ปกครอง.....

(.....)

หากท่านมีความประสงค์จะให้นักเรียนได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ กรุณาให้ข้อมูลด้านล่าง

ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่

[] ไม่เคยได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่

[] เคยได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่เมื่อปีที่ผ่านมา (เดือน.....พ.ศ.)

[] เคยได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ แต่จำปี พ.ศ. ไม่ได้

ประวัติการแพ้อาหารประเภทไข่

[] ไม่เคยแพ้อาหารประเภทไข่.....

[] เคยแพ้อาหารประเภทไข่ โดยมีอาการ.....

ประวัติแพ้วัคซีน

[] ไม่เคยแพ้วัคซีน

[] แพ้วัคซีน คือ.....

โรคประจำตัว

[] ไม่มี

[] มี คือ.....