



슬기롭고 가슴 따뜻한
어린이를 육성하는

중 리 초 등 학 교
Tel: (교무실) 533-1155

중 리 통 신

홈페이지: <http://joongni.es.kr/>
경기도 포천시 관인면 한탄강2로 125-32

2022-9호

학생고충상담전화
1588-7179, 534-0118

● 학생 건강조사 및 응급처치·개인정보제공 동의서 ●

학부모님 안녕하십니까? 「학교보건법」 및 「학교건강검사규칙」에 의거 학생건강상태를 조사하고, 학교 내 응급환자 발생 시 절차 안내 및 동의에 대한 안내를 드리고자 합니다. 작성된 내용은 건강한 학교생활을 위한 근거자료로만 활용이 되고 비밀이 보장되오니 아래 내용을 자세하게 기재하신 후 **(반드시 보호자께서 직접 작성) 3월 14일(월)까지 담임교사에게 제출**하여 주시기 바랍니다.

학생 이름				학년-반			번호			성별
보호자 이름		관계		휴대폰		자주 이용하는 병원				
		관계								

1. 건강 상태 조사

- 현재 주기적인 병원진료를 받거나 수술한 과거력을 자세히 기록해 주세요.

예: 심장병, 천식, 간질 및 경련, 발작, 당뇨, 결핵, 신장질환, 암, 근골격계 질환 등

1. 현재 치료 중이거나, 관리중인 질병	질병명(발병시기)		□없음 □있음 :	
	병원명			
	복용약물		□없음 □있음 :	
2. 수술병력	수술명(수술연도)			
3. 언어 장애 유무	□없음 □있음 :			
4. 운동능력 장애 유무	□없음 □있음 :			
5. 청력 장애 유무	□없음 □있음 : 좌측장애() / 우측장애() 보청기 착용 유무()			
6. 시력 이상 유무	□없음 □안경착용 □난시 □사시 □기타:			
7. 약품, 식품 알레르기	종류	주의사항		
	※알레르기를 일으키는 음식이 있다면 급식시간에 먹지 않도록 자녀에게 반드시 주의 부탁드립니다.			
8. 알레르기 관련 질환	아토피 피부염	알레르기 비염	천식	알레르기 결막염
	※현재 상태 (치료 중인 경우에는 자세히 기록해 주세요)			
주의 할 사항				

2. 건강생활행동조사 (해당칸에 표시 및 작성)

<※ 학생건강검사규칙에 의거한 양식>

항목	건강생활행동				항목	건강생활행동					
식생활 습관	1. 아침 식사는 어떻게 하나?	거의 꼭 먹음	대체로 먹음	대체로 안 먹음	거의 안 먹음	수면 및 신체 활동	3. 일주일에 세 번 이상 숨이 차거나 땀이 날 정도로 운동을 하나?	예()		아니오()	
	2. 살을 빼기 위해 해본 방법을 모두 선택하세요	아무것도 안함	식단 조절	약을 먹는다	운동으로 감량		4. 평소에 하루 몇 시간 정도 잡니까?	6시간 이내	6-7시간	7-8시간	8시간 이상

항목	건강생활행동	예	아니오	항목	건강생활행동	예	아니오	
개인 위생	5. 밥을 먹기 전이나 밖에서 놀다 돌아와서 비누로 손을 씻는다.			가정 및 학교 생활	11. 지난 1년 동안 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있다.			
	6. 하루에 두 번 이상 이를 닦는다.				12. 돈을 빼앗는 친구가 있다.			
안전 의식	7. 자동차를 탈 때 안전벨트를 맨다.				13. 내 몸을 자주 만지는 사람이 있다.			
	8. 인라인스케이트 롤러블레이드 스케이트보드 또는 자전거 등을 탈 때 헬멧을 쓰고 보호대를 착용한다.				14. 집을 나가고 싶을 때가 자주 있다.			
TV, 인터넷	9. 텔레비전을 하루에 2시간 이상 본다.				15. 우리 가족은 나의 이야기를 잘 들어주고 나의 감정을 존중해 준다.			
	10. 인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상 한다.				16. 자주 매를 맞는 편이다.			
약물	17. 같이 사는 사람 중에 담배를 피우는 사람이 있다.			정서	19. 모든 것이 귀찮고 희망이 없는 것처럼 느껴진다.			
	18. 같이 사는 사람 중에 술을 너무 많이 마셔서 걱정되는 사람이 있다.				20. 공부시간에 선생님께 자주 혼난다.			
기타	고민이나 괴로운 일로 상담을 받고 싶다.							

3. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 (※ 해당 칸에 표시)

- 해당 사업 항목: 학생건강검진, 구강검진, 소변검사 등 학생건강검사, 응급이송 등
- 제공받는 자: 본교 및 해당 검진 기관
- 제공받는 자의 이용목적: 건강검진 대상 확인 및 검진 여부/검진결과 확인, 응급상황 대처
- 제공하는 항목: 학년, 반, 성별, 성명, 생년월일, 보호자 성명/연락처, 학생건강정보, 예방접종 현황
- 제공받는 자의 이용 및 보유기간: 당해 학년도 종료일까지
- 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 학생 건강검진을 받을 수 없습니다.

개인정보 수집·이용 동의(학교) 예 아니요

개인정보 제 3자 제공 동의(검진기관 제공) 예 아니요

보호자/법적 대리인 : _____ (서명)

4. 학교 내 응급환자 발생 시 이송절차 및 응급처치 동의서 (※ 해당 칸에 표시 및 서명)

- ▶ 응급환자 발생 시 이송절차
 - **병원진료가 필요**한 경우에는 **보호자에게 연락하여 인계**함을 원칙으로 합니다.
 - **위급한 상황**에서는 **보호자에게 연락 후 교내 환자이송팀이 인근병원으로 먼저 후송**하거나, 경우에 따라서는 **119구조대에 연락하여 병원으로 후송**합니다.
- ▶ 학교에서의 사고, 질병 발생 시 신속한 응급처치가 이루어질 수 있도록 응급처치 및 절차에 대한 권한을 학교에 위임하며, 의약품 투약(해열진통제, 소화제, 감기약 등 일반의약품)에 동의합니다.

예 아니요

2022년 월 일 보호자 : _____ (서명)

5. 코로나19 관련 고위험 기저질환 학생 조사


→ 교육부의 소아청소년 고위험 기저질환자 범위에 따라 코로나19 고위험군에 해당하는 경우에는 학교에서 확진자 접촉 시 PCR검사를 권장하고 있습니다. 아래를 면 적어주시기 바랍니다.

✱ 아래 표(소아청소년 고위험 기저질환자 범위)에서 해당되는 진단명(병명)을 적어 보내 주세요. 코로나 고위험 기저질환자로 분류된 학생은 향후 접촉자 분류 시 학교장 확인서를 지참하여 바로 PCR검사 대상 근거 자료로 활용됩니다.

고위험 기저질환 유무 (※ 해당 칸에 √ 표시)	참고사항
<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음 → 진단명: ()	

보호자/법적 대리인 : _____ (서명)

▣ 소아청소년 고위험기저질환자 범위

구 분	주요 질환
내분비계질환	<ul style="list-style-type: none"> 당뇨 (유형무관) 소아청소년비만 (체질량지수 95백분위수 이상) ※ 대상 확인은 QR코드로 접속 후, 계산 가능 뇌하수체 기능저하증, 부신기능저하증 <div style="text-align: right; font-size: small;">(성장도표 계산기)</div> 
심혈관 질환	<ul style="list-style-type: none"> 혈역학적으로 의미있는 문제가 있는 선천성 및 후천성 심장병
만성 신장 질환	<ul style="list-style-type: none"> 만성 신장 질환: 만성신부전 (eGFR<60 ml/min)
만성 호흡기 질환	<ul style="list-style-type: none"> 중증 천식 만성 호흡기 질환 (간질성 폐질환, 낭성 섬유증, 폐쇄성 세기관지염, 기관지폐이형성증 등)
신경계 질환	<ul style="list-style-type: none"> 만성 신경계 질환 1) 신경장애 및/또는 뇌성마비, 근이영양증을 포함한 신경근 질환 2) 신경계 또는 근육의 유전성 및 퇴행성 질환, 또는 호흡저하와 관련된 기타 질환
면역저하질환	<ul style="list-style-type: none"> 장기이식환자 <ol style="list-style-type: none"> 신장이식 환자 면역억제치료 중 (신증후군이나 만성 사구체 신염 등으로 1개월 이상 면역억제치료가 필요한 환자) 자가면역 또는 자가염증성 류마티스 환자 <ol style="list-style-type: none"> 항류마티스 약물요법 치료를 받고 있는 환자 과거 심각한 감염의 병력이 있었던 환자 단, 질병의 활성도나 환자의 상태, 치료 중인 약물에 따라서 접종 일정의 조정이 필요한 경우가 있어, 접종 전 소아류마티스 전문의와 충분한 상담을 통하여 결정할 수 있도록 하여야 함. 일차성(선천)면역결핍증 환자(DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome 등) 비장절제 또는 기능적 무비증 Sickle Cell disease/Thalassemia (국내 희귀) 면역억제치료 <ol style="list-style-type: none"> 고용량 코르티코스테로이드 (≥20mg prednisone or equivalent per day when administered for ≥2 weeks) 알킬화제 길항물질 이식 관련 면역억제제 암 화학요법제 종양 괴사 차단제 면역억제제 또는 면역조절제인 기타 생물학적 제제

2022. 3. 8.

중리초등학교장