



VISION
생각키움·마음올림·
꿈자람 교육으로 행복한 미
를 준비하는 학교

응급환자 관리 동의서 및 건강 조사 안내

송우통신
2021. 03. 02.
교무실 : 543-1311
행정실 : 542-1584
담당자 : 보건교사 김은아

학부모님, 안녕하십니까? 본교에서는 학교건강검사규칙 제4조의2(건강조사의 항목 및 방법)에 의거하여 학생 건강조사를 실시합니다. 본 조사 결과는 학생들의 건강한 학교생활을 위해 통계처리 및 분석하여 학생 건강관리계획 수립시 반영에 활용되오니 **학교에서 알고 참고해야 할 건강상 문제가 있다면 학부모님께서 가능한 자세히 적으셔서 3월 5일(금)까지 학교로 보내주시기 바랍니다.**

()학년 ()반 ()번 이름()

1. 학교 응급환자 관리 절차 안내

학교생활 중 발생하는 응급상황에 대한 신속하고 체계적인 구급처치 및 후송을 위하여 교내 응급환자 관리에 대한 절차를 알려드립니다. (근거: 교육부 학교응급관리 매뉴얼, 응급의료에 관한 법률 제2조)

- 1) 응급후송이 필요한 경우나 학생이 위급하거나 위독할 때를 제외하고는 보건실에서 응급조치하고 보호자에게 연락 후 인계하여 병원진료를 받도록 합니다.

구분	위급한 상황일 경우(보건교사 및 담임교사 동행)	위급하지는 않으나 병원으로 후송할 경우(학부모에게 인계)
상황	- 기도폐쇄, 심한 호흡곤란 - 맥박이 약하거나 없을 때 - 출혈이 심한 경우, 의식이 없을 때 - 기타 응급상황일 경우	- 염좌, 단순골절이 의심 될 때 - 열성질환, 단순 외상 - 기타 병원치료가 필요할 경우

- 2) 병원에 가야 하는 상황에서 보호자와 연락이 안 되는 경우, 응급조치 가능한 학교 인근병원으로 후송하며, 필요시 119에 연락하여 응급후송 할 것입니다.
3) 학교 교육과정 중 일어나는 사고에 한해서 학교안전공제회에 신청이 가능함을 알려 드리며 담임선생님께 문의하시면 됩니다.

<학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 및 개인정보 수집 이용 동의>

※ 응급사고 발생 시 가장 먼저 부모님에게 연락드립니다. 그러나 보호자와 연락이 안 되는 경우, 학교 인근병원으로 긴급후송하며, 필요시 119에 연락합니다. 본교에서의 **응급사고 시, 응급처치에 대한 신속한 체계가 이루어질 수 있도록 응급처치(절차)에 대한 권한을 본교에 위임할 것에 동의합니다.**

동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/>		2021년 월 일		☛보호자	서명
학년-반-번호	이름	성별	자주 이용하는 병, 의원		
		남/여	병원명 : ☎		
보호자 연락처	☎(부)	부모 부재 시 가능한 2차 전화번호		관계 : 전화번호 :	
	☎(모)				
혈액형 : A, B, O, AB 중 기록, Rh타입에 √표시		()형, Rh+(), Rh-()			

※ 개인정보보호법 시행에 따라 다음 항목에 대해 개인정보수집 동의 여부를 체크하여 주시기 바랍니다(동의를 거부할 권리가 있으나 거부에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있습니다.)

- 이용목적: 응급상황 발생 대비, 학생건강검사 시 의료기관에 정보제공, 감염병 발생 신고 시 정보제공
- 개인정보항목: 학년 반, 성별, 성명, 주소, 학부모 성명, 학부모 연락처, 건강문제, 혈액형
- 보유·이용기간: 2021년 3월 2일 - 2022년 2월 28일

※ 개인정보의 수집 및 이용목적에 동의합니다.

동의함 동의하지 않음 2021년 월 일 ☛보호자 서명

2. 법정 감염병 시 등교중지 안내

- 법정 감염병이나 전염력이 강한 질병에 걸린 경우 감염병 확산을 막기 위하여 학교·학원 등을 등교 중지합니다.
- 병원에서 확인받은 "의사 소견서"등을 담임선생님께 제출하시면 감염병으로 결석한 기간을 출석으로 인정합니다. (예: 수두, 수족구병, 유행성이하선염, 유행성결막염 등)

<뒷면에 계속됩니다.>

3. 건강조사-현재 건강상태(√표시): 건강 () 허약 () 질병 있음 () 체육활동 불가능 ()

건강행동 항목	해당사항에 √표시를 하고 「예」에 답한 경우 해당하는 내용을 자세히 적어 주십시오.	예	자세하게 기입	아니오
식생활	아침식사는 어떻게 먹습니까? ① 꼭 먹음 ② 대체로 먹음 ③ 거의 먹지 않음			
신체활동	지난 일주일 동안 세번 이상 숨이 차거나 땀이 날 정도로 운동을 했습니까?			
가정 및 학교생활	우리 가족은 나의 이야기를 잘 들어주고 나의 감정을 존중해 줍니까?			
	가정(가족)내의 문제가 걱정이 됩니까?	무엇이 :		
	★자주 맞는다고 생각합니까?	누구에게 :		
	★집을 나가고 싶은 때가 자주 있습니까?	언제 : 왜 :		
	★지난 1년 동안 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있습니까?	누구로부터 :		
흡연/음주/약물	★주변에서 자주 매를 맞거나 폭력으로 인해 안전을 위협받고 있습니까?	누구로부터 :		
	★싫은 느낌인데도 내 몸을 너무 자주 만지는 사람이 있습니까?	누가 :		
	★지난 1년 동안에 담배를 피운 적이 있습니까?	언제 :		
사회성/정신건강	★지난 1년 동안에 술을 마신 적이 있습니까?	언제 :		
	가족 중에 담배나 술을 너무 해서 걱정 되는 사람이 있습니까?	누구 :		
	★학교를 가고 싶지 않을 때가 자주 있습니까?	언제 : 왜 :		
	모든 것이 귀찮고 자신감이 없는 편입니까?	왜 :		
	★외롭고 우울한 경우가 자주 있는 것 같습니까?	언제 : 왜 :		
TV/인터넷	★자살을 심각하게 생각하거나 시도한 적이 있습니까?	언제 : 왜 :		
	화가 나면 난폭한 행동을 합니까?	왜 :		
	차분하지 못하고 주변에 방해가 되는 경우가 있을 정도로 지나치게 활동적입니까?	왜 :		
	텔레비전을 하루에 2시간 이상 보니까?	① 2-3시간 ② 3시간 이상		
	★ 인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상 합니까?	① 2-3시간 ② 3시간 이상		

선생님께 하고 싶은 말이나 상담, 고민이 있으면 구체적으로 기록해주세요.

구 분	해당하는 곳에 √ 또는 기록								
	질환명	치료현황				체육·일반활동 가능여부	수술 여부		
		입원			치료 후 완치				현재 통원 중 치료 중
현재 아픈 곳이 있거나, 과거 앓았던 질환으로 현재 건강에도 영향을 받고 있는 경우는 해당사항에 √표 하시고 아래사항에 자세히 적어 주세요.	심장질환								
	백혈병								
	소아당뇨								
	중양								
	신장질환								
	뇌병변 질환								
	간질								
	소아정신과질환								
	기타질환								
		▶ 위 질환 중 해당사항이 있는 경우 진단명 : () 진단년도 : () ▶ 장애등급 있으면 기록(예: 뇌병변, 지적장애 *급 등) : () ▶ 현재 정기검진 중인 병원명 및 방문주기 : () ▶ 현재 복용 중인 약물 또는 사용 중인 주사제 류 : () ▶ 학교에서 주의 할 사항 자세히 기록 :							
청력문제(해당사항에 √표)	▶없음(), 보청기 착용(), 좌측(), 우측(), 그 외 문제 기록()								
시력문제(해당사항에 √표)	▶없음(), 안경 착용(), 난시(), 사시(), 그 외 문제 기록()								
알려지성질환 등으로 응급약을 소지하는 경우(해당사항에 √표)	▶해당없음() ▶천식으로 기관지확장제 소지() ▶자가주사용 에피네프린 소지() ▶기타 : 소지 약품 있으면 기록()								
알려지성 질환 및 약물·음식 알레르기 유무 (해당사항에 √표)	아토피피부염	알려지성 비염	천식	알려지성 결막염	기타(약물이나 음식명 있는 경우 필히 기록)				

2021. 3. 2.

송 우 초 등 학 교 장