가 정 통 신

재학생 건강상태 조사 및 응급처치 안내

2024학년도

14923 경기도 시흥시 은행고길 18 ☎(교무실)070-5092-4073 (보건실)070-5092-4099

학부모님 안녕하십니까?

본 조사는 귀댁 자녀의 건강상태 기초 조사로 학교 교육활동에 도움이 되고자 실시하는 것입니다. 학교에서 알아야 할 중요한 내용을 자세하게 기록하셔서 **3월 8일(금)**까지 담임선생님께 제출하여 주시기 바랍니다.

_____학년 _____반 _____번 이름:_____

1. 건강 상태 조사

※조사 내용은 비밀이 보장되며 학생의 건강관리와 학교생활에만 참고합니다.

조 사 내 용	없음	있음(자세한 내용을 기록)
1) 선천적인 질병, 만성질환을 가지고 있어 현재까지 계속적인 관리가 필요합니까?**(자세히 기록)** (예: 천식, 간질, 심장병, 당뇨, 결핵, 신장질환, 간염, 고혈압, 암, 정신적 건강문제 등)		병명: 현재 상태: 치료받고 있는 병원명:
2) 만성질환이나 선천성질환은 아니지만 현재 한 달 이상 치료 중이거나 관리 중인 질병이 있습니까?		병명: 현재 상태:
3) 현재 수업에 지장을 주는 신체장애(시력, 청력, 언어, 지체장애포함) 및 기타의 장애를 가지고 있습니까?		병명: 현재 상태:
4) 특이체질: 음식, 기후, 약, 주사 등에 민감한 반응(쇼크)를 일으켜 치료를 받은 적이 있습니까? 예) 달걀 알레르기, 약물 알레르기 등		알레르기성 질환: 알레르기를 일으키는 약품, 식품명:
5) 기타 질병이나 위 내용과 관련하여 좀 더 참고할 내용이나 주의사항이 있으면 적어주시기 바랍니다.		

2. 학교 응급환자 관리 절차 안내

- 학생이 학습활동 중 상해를 입어 병원 진료가 필요한 경우, 보호자에게 연락하여 병원에 데리고 가는 것을 원칙으로 합니다. 자녀에게 항상 행선지와 연락 가능한 전화번호를 알려주십시오.

단, 생명에 위험이 되는 위급한 상황(기도폐쇄, 심한 호흡곤란, 맥박 소실, 의식 저하 등)에서는 보호자와 연락이 안되는 경우, 학교에서(필요시 119연락) 인근병원으로 신속히 응급후송합니다.

- 안전공제회 신청이 필요한 경우 담임선생님께 문의해주세요.

◎보호자 및 대행자 연락처◎			
순	성명	관계	연락처
1차			
2차			
3차			
본교에 재학 중인 형제자매	학년 반 이름:		

◎ 학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 ◎

만약 학생에게 위급한 상황이 발생할 경우 신속한 응급처치를 위해 보호자에게 연락을 취해 주시고, 연락이 안 될 경우 응급처치(절차)에 대한 권한을 귀교에 위임할 것을 동의합니다.

2024년 ____월____일 보호자:_____(인)

☞ **뒷면도 꼭 작성**하여 보내주세요.

3. 재학생 건강 행태 조사

학년 반 번 이름:

- 다음 문항을 읽고 자신에 해당되는 곳에 ∨표 기록해주세요.

항목	건강생활 행동	예	아니오
개인위생	하루 3회 이상(식사,간식 후) 잇솔질을 합니까?		
	1830(하루 8번이상 30초간) 비누로 손 씻기를 실천합니까?		
	기침, 재채기 시 기침 예절(옷소매로 가리기)을 실천합니까?		
흡연 음주 약물	동거인 중 담배를 많이 피워 걱정되는 사람이 있습니까?		
	동거인 중 술을 많이 마셔 걱정되는 사람이 있습니까?		
	진통제 등의 약물을 1주일에 1회 이상 복용합니까?		
TV/인터넷	TV나 인터넷, 게임을 하루에 몇시간 정도 합니까? ① 1시간 이내 ② 1~2시간 이내 ③ 2~3시간 이내 ④ 3시간 이상		
안전	인라인스케이트, 롤러블레이드, 스케이트보드, 자전거 등을 탈 때 헬멧을 쓰거나 보호구를 착용하며, 횡단보도, 신호등 규칙을 잘 지킵니까?		
성의식	내 몸을 자주 만지는 사람이 있습니까?(성폭력 관련)		
정신건강	고민이나 괴로운 일에 대해 상담을 받고 싶습니까?		
식생활/ 신체활동	아침 식사는 대체로 먹는 편입니까?		
	1주일에 숨이 차거나 땀이 날 정도의 운동을 3회 이상 합니까?		

4. 감염병 관리

-학교보건법 및 감염병 예방법에 의해 법정 감염병이나 전염력이 강한 질병(예 : 유행성 각결막염, 수두 등)의 경우 등교중지(가정에서의 요양)를 하게 되며, 이 경우 진료확인서나 의사소견서를 제출하시면 출석인정결석으로 처리됩니다.

5. 안전공제회 안내

-학교교육 활동 중 발생한 학생의 안전사고에 대비하여 학교안전사고예방 및 보상에 관한 법률에 의거 본교는 학교 안전공제회에 가입되어 있습니다. 부득이하게 학교교육활동 중 안전사고가 발생하여 병의원의 치료를 받아 보상이 필요한 경우에는 학교에서 학교안전공제회에 「사고발생통지서」를 접수한 후 학생의 치료가 끝나면 학부모님께서 직접 경기도학교안전공제회에 공제급여를 청구하시거나 학교로 도움을 요청하여 지급 받으실 수 있습니다.

6. 개인정보 수집에 대한 동의

※ 개인정보보호법 및 민감정보 수집 이용 동의에 따라 다음 항목에 대해 개인정보수집 및 민감정보 수집 이용 동의 여부를 체크 하여 주시기 바랍니다.

1. 제공처 : 웃터골초등학교 및 학생건강검진기관 및 보건소 등 건강관련 공공기관
2. 이용목적 : 학생의 학교생활 중 건강관리 및 응급상황 발생시 응급처치 응급이송 등
3. 개인정보항목 : 학년, 반, 번호, 이름, 학생의 건강상태, 보호자 및 대행자 형제자매 성명, 연락처
4. 보유· 이용기간 : 2024.3.4.- 2025. 2. 28.

▶ **개인정보의 수집 및 이용목적에 동의합니다.** ☐ ▶ **동의하지 않습니다.** ☐

본 개인정보에 대하여 수집을 거부할 권리가 있습니다. 단, 수집을 거부할 경우 학생의 학교생활 중 건강관리에 지장이 있을 수 있습니다. 동의여부에 표시하지 않고 제출한 경우에는 동의로 간주합니다.

2023년 3월 5일

웃 터 골 초 등 학 교 장