

★※전체를 읽고 빠짐없이 작성해 주세요

문진표(초등학생용)

이 설문조사는 건강검진에 앞서 학생들의 건강상태를 미리 알아보고 진찰을 받을 때 참고하기 위한 것입니다. 초등학교 1학년 학생은 부모님(보호자)이, 초등학교 4학년 학생은 본인 또는 부모님(보호자)과 상의하여 작성하기 바랍니다.

- 병원에서 진단 받고 현재 치료 중인 질환이 있습니까? ☐예 ☐아니오  
1-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )
- 최근 1개월 이내에 약을 복용한 적이 있습니까? ☐예 ☐아니오  
2-1. 있다면 질환명, 약 종류를 기록하여 주십시오.( )
- 병원에서 진단 받고 정기적으로 추적 관찰 중인 질환이 있습니까? ☐예 ☐아니오  
3-1. 있다면 질환명을 기록하여 주십시오.( )
- 학생이 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? ☐예 ☐아니오  
4-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )
- 학부모님께서 학생의 건강에 대하여 걱정되거나 궁금한 것이 있습니까? ☐예 ☐아니오  
5-1. 있다면 기록하여 주십시오.( )
- 최근 한 달간 학생이 경험한 증상에 모두 “V” 표시를 하여 주십시오.

항목	나타나는 증상	예	아니오
전신상태	감기에 잘 걸리는 편이다.		
	온 몸에 힘이 없고 쉽게 피로한 편이다.		
	건강하지 않다고 생각한다.		
호흡기	재채기와 함께 맑은 콧물이 흐를 때가 있다.		
	숨 쉴 때 소리가 난다.		
	기침과 함께 누런 가래가 올라온다.		
	열이 많이 나면서 목이 따가울 때가 자주 있다.		
순환기	평소 코로 숨쉬기가 불편하고 코가 자주 막힌다.		
	가만히 있어도 심장이 두근거린다.		
	운동을 할 때 몹시 숨이 차다.		
소화기	배가 자주 아프고 소화가 안 된다.		
	속이 답답하다.		
	배가 팽팽하거나 가스가 찬 듯한 느낌이 있다.		
혈액	설사를 자주 한다.		
	코피가 자주 나고 다치면 피가 잘 멈추지 않는다.		
	몸에 멍이 잘 든다.		
그 밖의 증상	머리가 자주 아프다.		
	귓속이 아프거나 귀에서 진물이 나온다.		
	귀에서 소리가 난다.		
	입이 잘 벌어지지 않는다.		
	목이나 허리가 아프다.		

■ 개인정보 수집 · 활용 및 광고성 정보 수신 동의서

1. 기본 개인정보 수집 · 활용 내역

수집하는 기본 개인정보 항목	성명, 주민등록번호, 주소, 연락처
개인정보의 수집 및 이용목적	· 성명, 주민등록번호, 성별, 주소, 연락처 : 병 · 의원 업무와 의학정보 안내 등 서비스 이용 안내 (의료법 제22조, 동법 시행규칙 제14조) · 이메일 주소 : 소식 및 고지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보 등 · 건강정보 : 내원정보, 상병정보, 처방정보, 검진정보, 외부 수탁검사 의뢰를 위한 기초자료. · 수납정보 : 카드사명, 카드번호 등 카드결제 승인 정보. · 진단 및 치료를 위한 진료서비스 청구, 수납, 환급 등의 원무서비스 제공. · 새로운 서비스 및 행사정보 안내, 방문 고객 분석자료 작성에 이용. · 소비자 기본법 제 52조 에 의거한 소비자 위한 정보 수집
개인정보의 보유 및 이용기간	· 가족보건의원은 수집된 고객의 개인정보를 『환자정보 보관 법정 기간(5년)』 동안만 보유하며 그 이후는 DB에서 삭제하고 있습니다. · 정보제공자가 개인정보 삭제를 요청할 경우 즉시 삭제합니다. 단, 타법령의 규정에 의해 보유하도록 한 기간동안은 보관 할 수 있습니다. -소비자의 불만 또는 분쟁처리에 관한 기록 : 3년(전자상거래 등에서의 소비자 보호에 관한 법률) -신용정보의 수집/처리 및 이용 등에 관한 기록 : 3년(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률) -본인 확인에 관한 기록 : 6개월(정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률)
개인정보 제공 동의 거부 권리 및 불이익 내용 또는 제한사항	· 귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음. 단, 진료관련 안내 서비스를 받을 수 없음.
개인정보 수집 · 이용에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의 하지않음	

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.  
개인정보 보호법 제15조 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집 및 활용에 동의함.

■ 광고성 정보 수신 동의서

광고성 정보 수신 동의시 이용 목적	정보통신망법(제50조) 정보통신망이용촉진 및 정보보호등에 관한 법률에 따라 개인정보수집, 수신 동의자에 한하여 영리목적의 광고성 정보를 전화, 문자, 이메일, DM 전송에 수신 동의
동의 거부 권리 및 거부에 따른 불이익 안내 또는 제한사항	귀하는 광고성 정보 수신 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없음. 단, 진료관련 및 검진, 예방접종 등의 이용 안내 서비스를 받을 수 없음.
광고성 정보 수신 이용에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의 하지않음	

※보존기간은 2년이며 정보통신법에 따라 2년마다 정기적인 광고성 정보 수신 동의 확인하며 동의 시 기간 자동 연장.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

※ [법정대리인 동의서] 본인은 미성년자의 법정대리인으로 가족보건의원 서비스이용 신청에 동의합니다.

만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.	법정대리인 성명 법정대리인 연락처 검진자와의 관계	(인 / 서명) (휴대 폰) <input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타( )
---	-----------------------------------	--

202 년 월 일

보호자 또는 본인 (서명)

인구보건복지협회 전북지회 가족보건의원장 귀하