



## 2025년 1, 4학년 학생 건강검진 독려 안내

(54154) 군산시 미룡로 32-8 • 교무실 466-8237 • 행정실 466-8238 • FAX 466-4185

학부모님 안녕하십니까?

군산용문초등학교에서는 학생들의 건강한 학교생활을 위해 매년 **1, 4학년 학생**을 대상으로 건강검진을 실시하고 있습니다. 이에 1, 4학년 학생 건강검진에 대해 재안내드립니다.

**여름방학에는 검진 예약이 밀려 검진을 받지 못하는 경우가 발생할 수 있으므로 최대한 가능하신 빠른 시일 내에 검진 받아주시길 부탁드립니다.** 또한 군산용문초등학교는 표본검사 학교로 지정되어 건강검진 예약 시나 검진하러 동군산병원에 가셨을 경우 **표본검진**으로 문진표를 작성해 주시길 바랍니다.

1, 4학년 건강검진은 학교보건법 제7조와 학교 건강검사 규칙에 의거한 건강검진으로, 법적으로 명시된 건강검진입니다. 의무사항이므로 바쁘시겠지만 시간을 내시어 **지정된 기간 내에 반드시 검진을 실시하여** 주시기 바랍니다.

※ 최종적으로 검진을 미실시하신 경우에는 건강검진 미실시 동의서를 작성하신 후 제출해 주셔야 합니다.

1. 검진대상 : 1, 4학년 학생 전원

2. 검진비용 : 무료 (학교 예산에서 지출)

3. 검진항목


1학년	4학년	
	공통 항목	비만(의심) 아동
근골격 및 척추, 시력, 눈병, 청력, 귓병, 코, 목, 피부, 구강검사, 기관능력, 소변, 혈액형, 혈압 * 안경 착용 학생: 안경 (렌즈) 소지	근골격 및 척추, 시력, 눈병, 색각, 청력, 귓병, 코, 목, 피부, 구강검사, 기관능력, 소변, 혈압 * 안경 착용 학생: 안경 (렌즈) 소지	※ <b>경도비만 이상 아동</b> 은 혈당, 총콜레스테롤 등 추가되는 <b>혈액검사가 있음</b> → <b>6~8시간 이상 금식해야 합니다.</b> (비만 의심 학생은 금식 후 검사해주세요!)

4. 검진방법 : 학부모가 반드시 동반하여 학생과 개별적으로 검진기관에 가서 방문검진 실시

5. 검진기관

검진기관	검진 기간	전화번호	검진시간	검진운영
동군산병원 (군산시 조촌로 149)	2025. 4. 1. ~8. 29. ( <b>검진 기간 연장 불가</b> )	440-0672	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 일반검진, 구강검진 함께 실시</li> <li>■ <b>시간:</b> 평일 오후 13:30~15:30 (토요일, 공휴일 불가)</li> </ul>	사전예약 <b>필수</b>

6. 동군산병원 사전예약방법 (자세한 예약 방법은 [학교 홈페이지]-[가정통신문]에 탑재되어 있으니 꼭 확인하시길 바랍니다.)

<p>&lt;인터넷 주소창 또는 QR 코드 이용&gt;</p> <p>1-1. 웹 (<a href="https://wd.bz/bbpR">https://wd.bz/bbpR</a>) 에서 문진표 접속</p> <p>1-2. 네이버/카메라 어플로 QR 코드 이용 접속</p> 	<p>2. 로그인 후 문진표에 정보 입력</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 개인정보 입력</li><li>※ 표본 구분칸은 꼭 <b>'표본'</b>으로 선택</li><li>- 검진 결과지 모바일 발송</li><li>※ 결과지 받을 연락처를 정확하게 기재</li></ul>	<p>3. 희망하는 날짜, 시간 선택 및 문진표 작성</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 문진표는 학생검진, 구강검진 2개 모두 작성</li><li>※ 예약 인원이 모두 찬 경우 예약 불가능</li><li>※ 예약이 빨리 마감되오니, <u>원하시는 날짜에 빠른 예약 권장</u></li></ul>	<p>4. 문진표 작성 후 종료 버튼 클릭</p> <p>→ 예약 완료</p> <p>※ 예약 완료 문자는 발송되지 않습니다.</p> <p>※ 예약취소 방법</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 예약 방법과 동일하게 접속</li><li>- 날짜 선택에서 예약취소 [취소하기] 버튼</li></ul>
--	---	---	---

7. 주의사항

- 1) 치과검진까지 꼭 마쳐야 검진이 완료된 것입니다.
- 2) 아래의 '학생 건강검진 확인서(학교제출용)'는 검진 후 가정에서 작성하여 담임선생님께 바로 제출해 주시기 바랍니다.
- 3) 결과에 이상이 있는 부분은 가까운 시일 내에 반드시 전문의의 상담이나 진료를 받아 개별 치료하도록 하며 이것은 본인부담입니다.

2025. 7. 8.

군 산 용 문 초 등 학 교 장

-----절취선-----

2025학년도 학생 건강검진 확인서 (학교 제출-담임교사 확인용)	
_____학년_____반 _____번 이름 : _____	
◎ 검진 일 자	2025년(        )월 (        )일

※ 검진을 받은 후 가정에서 위 표에 기입, 바로 담임선생님께 제출해주세요.

군산용문초등학교장 귀하