

|   |             |  |        |   |
|---|-------------|--|--------|---|
|  | 제 2017 - 3호 | <h1 style="text-align: center;">가 정 통 신</h1> | 교<br>훈 | 바르고<br>슬기롭고<br>균세계  |
|   |             |  |        | 장수군 산서면 동화리 208번지 ☎ 교장실 (351-4139) 교무실 (351-4138) 행정실 ( 351-4588) |

## 신입생건강조사 및 응급환자 관리 동의서 (앞면면 모두 빠짐없이 작성하여 제출바랍니다.)

학부모님, 안녕하십니까? 귀댁 자녀의 입학에 진심으로 축하드립니다.  
 드릴말씀은 건강한 학교생활을 위해 신입생 건강상태 조사 및 응급처치 동의에 관한 안내를 해드리오니 아래 내용을 성실하게 기재하셔서 3월 8일(수)까지 담임 선생님께 제출해 주시기 바랍니다.

(        )학년 (        )반 (        )번 ( 남, 여 ) 성 명: (        )

### 1. 취학 전 예방접종 내역 (학생 건강기록부 입력 사항)

| 감염병 예방접종명                           |                      | 접종한 차수 | 접종완료 차수              |
|-------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|
| 100% 완료 의무사항<br>(예방접종도우미 사이트 확인 결과) | DPT(디프테리아, 백일해, 파상풍) |        | 5차                   |
|                                     | MMR(홍역, 유행성이하선염, 풍진) |        | 2차                   |
|                                     | 폴리오(소아마비)            |        | 4차                   |
|                                     | 일 본 뇌 염              |        | 사백신 : 4차<br>생백신 : 2차 |
| 참조 확인 사항<br>(아기수첩 확인 결과)            | 결 핵                  |        | 1차                   |
|                                     | 수 두                  |        | 1차                   |
|                                     | B형 간 염               |        | 3차                   |

### <예방접종 내역> 전산등록 확인방법 안내

- <예방접종도우미>사이트(<http://nip.cdc.go.kr>)에 가입 -“우리아기 등록하기”로 자녀 등록
- “예방접종 내역조회”로 4종 필수예방접종 내역 확인
  - ★ 접종을 하지 않은 경우 → 가까운 의료기관 또는 보건소에서 예방접종실시 후 예방접종증명서 제출 (3월 내로 완료 요망)
  - ★ 예방접종을 완료하였으나, 전산내역이 없는 경우 → 접종을 받았던 의료기관에 전산등록 요청
- 별도로 “예방접종증명서”를 발급 받아 학교에 제출해야 하는 대상
  - 예방접종 금기자, 의료기관에서 전산등록이 불가능한 경우, 입학 후 접종한 경우,
  - DTaP접종이 지연된 만7세이상 아동이 DTaP 대신 Td백신으로 접종한 경우(Td는 학교에서 전산 확인 불가능)

### 2. 법정 감염병 시 등교중지 안내

- 법정 감염병이나 전염력이 강한 질병에 걸린 경우 감염병 확산을 막기 위하여 학교, 학원 등을 등교중지합니다.
  - 완치 후 학교 등교 시, 병명이 적힌 진료확인서 또는 의사 소견서를 담임선생님께 제출하시면 감염병으로 결석한 기간을 출석으로 인정합니다. (예: 수두, 수족구병, 유행성이하선염, 인플루엔자, 성홍열, 유행성결막염 등)
- \* 감염병으로 인한 결석시에는 미리 담임선생님께 꼭 연락주시기 바랍니다

### 3. 신입생 건강상태 조사

자녀의 건강 상태를 파악하여 건강한 학교생활을 할 수 있도록 건강기초자료로 활용하고자 하오니, 상세히 기록하여 주시기 바랍니다. (질병명과 현재 치료여부 및 약물복용 여부 등을 기재)

☞뒷면에도 있습니다.

|   |   |            |    |             |                             |
|---|---|------------|----|-------------|-----------------------------|
| 1. 신체적, 심리적인 질병<br>(선천적, 과거 또는 현재 앓고 있는 질병)   | 질환명:<br>현재 상태: 완치(     ), 치료중(     ), 관찰중(     )<br>현재상태 자세히 기록:    |            |    |             |                             |
| 2. 운동장애 유무<br>(선천적 또는 사고로 인한 장애)  | ☆ 없음(     ) ☆ 있음(     )   |            |    |             |                             |
| 3. 언어 장애 유무   | ☆ 없음(     ) ☆ 있음(     )   |            |    |             |                             |
| 4. 청력 장애 유무   | ☆ 없음(     ) ☆ 보청기 착용(     ) ☆ 좌측장애(     ), ☆ 우측장애(     )            |            |    |             |                             |
| 5. 시력 장애 유무   | ☆ 없음(     ) ☆ 안경착용(     ) ☆ 난시(     ) ☆ 사시(     )                   |            |    |             |                             |
| 6. 알러지 관련 질환<br>(해당하는 곳에 ○ 표시, 기타란은 종류 기재)<br>* 해당 학생은 발생빈도수나 심한정도도 함께 기록                 | 아토피<br>피부염  | 알러지성<br>비염 | 천식 | 알러지성<br>결막염 | 기타<br>(약물이나 식품<br>알러지.종류기록) |
| 7.건강상 특별히 배려할 점<br>- 건강상 학교에서 알아야 할 사항<br>- 담임, 보건교사가 알아야 할 사항<br>- 체육 수업에 당부하고 싶은 주의사항 등 | 천식, 알러지 기타 등으로 인해 질병으로 인해 비상약을 가지고 다닐 경우<br>*질환명(     ) *약이름(     ) |            |    |             |                             |

#### 4. 응급 환자 관리 안내

학교에서 아동들이 건강하고 안전하게 생활할 수 있도록 하는데 본교 교직원은 최선을 다할 것입니다. 그러나 부득이 응급상황이 발생할 경우 보건실 내에서 일반의약품 투여 및 신속하게 응급처치가 이루어질 수 있도록 아래와 같이 학부모님들의 협조와 동의를 구하고자 합니다.

- ① 본교에서는 환자 발생 시 가장 먼저 보건실에서 응급처치를 하고 일반의약품을 투여하고 있습니다. 병원진료가 필요한 경우에는 보호자에게 연락, 보호자 동행하여 병원 진료를 받도록 하고 있으니 항상 연락 가능한 전화번호를 알려 주십시오
- ② 위급한 응급 상황 시 보호자와 연락 후 보호자가 원하는 병원 혹은 인근 병원으로 먼저 이송합니다.
- ③ 필요한 경우 119구조대에 연락할 것이며 보호자가 원하는 의료기관으로 신속히 응급 이송할 것입니다.  
※ 부모님과의 연락이 되지 않을 경우에는 119 혹은 학교에서 판단 하에 적합한 병원으로 이송합니다

| 학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 및 개인정보 수집 이용 동의  |                        |                                     |   |
|---|------------------------|-------------------------------------|---|
| 응급환자 관리에 대한 절차에 대한 동의 및 사고발생 시 부모님께 연락을 드리나 연락이 안 될 경우, 위의 응급처치(절차)에 대한 권한을 귀교에 위임할 것과 개인정보 수집·이용 및 제공에 동의합니다.  |                        |                                     |   |
| 응급시<br>보호자 연락처  | 1: (관계: )<br>2: (관계: ) | 부모 부재 시<br>연락 가능한 전화번호              | 관 계 :<br>전화번호 :                                 |
| 자주 이용 하는<br>병·의원  | 병원명:<br>☎              | 혈액형 A, B, O, AB중 기록<br>해당 Rh타입에 √표시 | (     )형, Rh+(     ), Rh- (     )<br>모름 (     ) |
| ※ 개인정보보호법 시행에 따라 다음 항목에 대해 개인정보수집 동의 여부를 체크하여 주시기 바랍니다.<br>※ 동의를 거부할 권리가 있으나 거부에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있습니다.<br>1. 이용목적: 응급상황 발생 대비, 학생건강검사 시 의료기관에 정보제공, 감염병 발생 신고 시 정보제공<br>2. 개인정보항목: 학년 반, 성별, 성명, 주소, 학부모 성명, 학부모 연락처, 건강문제, 혈액형 등<br>3. 보유·이용기간: 2017년 3월 2일 - 학교 재학기간<br>** 응급환자 관리 절차 및 개인정보 수집 및 이용목적에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 동의하지 않습니다. <input type="checkbox"/> |                        |                                     |   |
| 2017년 3 월 일 보호자 또는 법적 대리인 성명: (서명)  |                        |                                     |   |

2017년 3월 3일  
산 서 초 등 학 교 장