



전주기린중
2023 -4호

가 정 통 신 문

담당부서: 보건계
담당자: 강진아

제 목 : 학생 응급환자관리 안내 및 건강상태 조사

전주시 덕진구 동부대로 739 http://www.kirin.ms.kr

☎245-5690(교무실)

Fax:245-5692

학부모님, 안녕하십니까? 자녀의 입학 및 진급을 축하드리며 귀댁에 건강과 행복이 가득하시기를 기원드립니다. 본교에서는 자녀의 건강한 학교생활을 위하여 **학교 내 응급환자 관리방법**에 대해 안내해드리고, 더불어 **건강상태를 조사하고자 합니다**. 아래 내용을 성실하게 기재하셔서 **3월 6일 (월)까지 담임 선생님께 제출해 주시기 바랍니다**. 조사내용은 비밀이 보장되며 아동의 건강관리와 학교생활에만 참고합니다. 응급상황 발생 시 빠른 대처를 위해 <응급환자 관리 동의서> 및 정보수집 동의여부도 꼭 서명해 주시기 바랍니다.

1. 건강 기초조사서 (개인별 응급관리카드)

| 학년 반 | 번호 | 이름 | 성별 | 혈액형 | 응급상황 시 전화번호 |
|----------------|------|----|----|----------------------------|-----------------|
| | | | | Rh(+ , -) A, B, O, AB | 연락처: 관계: |
| 자주 이용하는 병의원 | 병원명: | ☎ | | | 부재시 연락처: 관계: |

2. 정보수집 동의 여부 (V로 표시)

※ 개인정보보호법 시행에 따라 다음 항목에 대해 개인정보수집 동의 여부를 체크하여 주시기 바랍니다.

1. 제공받는 자 : 전주기린중학교
2. 이용목적 : 응급상황 발생 대비
3. 개인정보항목 : 학년 반, 성별, 이름, 혈액형, 학부모 및 보호자(보호자대리인)전화번호
4. 개인 정보 보유 . 이용기간 : 2023. 3. 6 ~ 2024. 2. 28

개인정보의 수집 및 이용목적에 ☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다

5. 위 사항에 대한 동의거부권을 행사하실 경우 해당 학생의 응급상황 발생 시 연락이 되지 않을 수 있습니다.

3. 응급 환자 관리 안내 (V로 표시)

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

▶**위급한 응급상황 시**에는 학부모님께 연락 후, 담임교사 및 보건교사가 동행하며, **필요한 경우 119 구급대에 먼저 연락하여 인근병원으로 후송합니다.**

▶**위급하지 않으나** 병원진료가 필요한 경우, **학부모님께 연락하여 가정에 인계함을 원칙으로 합니다.**

▶**학교 교육과정 중** 일어나는 안전사고에 한해서는 학교안전공제회에 급여청구가 가능합니다.

◎ 학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 ◎

◆ **응급상황 발생시** (근거 : 응급의료에 관한 법률 제2조, 경기학교 학교응급관리체계 매뉴얼)

병원 의뢰가 필요한 경우 <응급증상 및 이에 준하는 증상> 등으로 위급하거나 위독할 때를 제외하고 학부모님께 연락하여 인계함을 원칙으로 합니다. 단 응급상황이거나 연락이 안 될 경우 인근병원이나 119구조대, 학생이 주로 이용하는 병원으로 이송함에 동의합니다.

☐ 예 ☐ 아니오

◆ **개인 정보 수집·이용 목적:** 학생건강상태조사, 응급이송 및 보건일지 기록, 건강검사

○보유 및 이용 기간: 2023. 03. 수집일 ~ 2024.02.28. 이용 후 파기

○위의 개인 정보 수집·이용에 동의합니다. ☐예 ☐아니오

○민감 정보(질환 등) 수집·이용에 동의합니다. ☐예 ☐아니오

(※동의를 거부할 권리가 있으나, 거부에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있습니다.)

2022년 3월 ()일 보호자 또는 법적 대리인:

(서명)

※ 설문조사지 활용에 대한 동의서 미제출 시는 동의로 간주함

4. 건강조사 설문지 (자신의 해당되는 질문에“√”표시)

* 건강상태조사에 응답하지 않은 경우는 학생의 건강상태에 아무 문제가 없음으로 간주함

| 조 사 내 용 | 없음 | 있음 |
|--|----|--|
| 1. 신체적, 심리적인 질병 또는 장애 (선천적, 과거 또는 현재 앓고 있는 질병이나 장애) 예: 소아당뇨, 천식, 알레르기성 비염, 빈혈, 결핵, 빈혈, 간질 및 경련, 심혈관질환, 정신과 질환(ADHD, 우울), 난청 및 중이염, 디스크, 운동장애 및 심한 척추측만증 등 | | *소아당뇨(1형당뇨)시 투약중인 약물 반드시 기재 ·진단(장애)명: _____ / 진단일: _____ ·현재 상태: _____ ·청력장애시 보청기 유무: _____ |
| 2. 특이체질 및 알레르기 (주사, 약물, 음식, 아토피 등) | | ·알레르기성 질환: 증상/현재상태 : _____ / _____ ·알러지약품 및 음식 _____, 기타: _____ ·응급상황시 사용중인 약물 기록: _____ |
| *알레르기를 일으키는 음식이 있다면 급식시간에 먹지 않도록 자녀에게 반드시 주의를 부탁드립니다. (과거에 알레르기를 일으켰다가 현재는 증상이 완화되었더라도 꼭 작성해주세요) 식품 알레르기 아동은 영양교사와 자료를 공유합니다. (특별한 경우 영양교사에게 직접 연락바랍니다.) | | |
| 3. 건강상 특별히 배려할 점 - 담임, 보건교사가 알아야 할 사항 - 체육 수업에 당부하고 싶은 주의사항 | | *특히 알레르기나 약에 대한 부작용이 있는 경우 반드시 기재 |
| * 소아당뇨시 학교지원이 필요한 부분 (해당시“√”표시) | | 투약장소 제공 (), 투약행위 지원() 혈당 관리 (), 인슐린 및 글루카곤 약물보관() |

5. 건강생활 행동조사 (자신의 해당되는 질문에“√”표시를 하여 주십시오)

| 건 강 생 활 항 목 | | 예 | 자세히 기입 | 아니오 |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|--------|-----|
| 식생활/ 신체활동 | 아침 식사는 어떻게 먹습니까? ①꼭 먹음 ②대체로 먹음 ③거의 먹지 않음 | | | |
| | 평소에 하루 몇 시간 정도 잡니까? ① 6시간 이내 ② 6-7시간 ③ 7-8시간 ④ 8시간 이상 | | | |
| | 지난 일주일 동안 숨이 차거나 땀이 날 정도로 운동을 했습니까? | | | |
| TV, 인터넷 | 텔레비전을 하루에 2시간 이상 보십니까? | | | |
| | 인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상합니까? | | | |
| | 가정 및 학교 생활 | 우리 가족은 나의 이야기를 잘 들어주고 나의 감정을 존중해 줍니까? | 왜 | |
| 성익식 | 집을 나가고 싶을 때가 자주 있다? | | | |
| | 지난 1년 동안 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있습니까? | 누구로부터 | | |
| | 주변에서 자주 매를 맞거나 폭력으로 인해 안전을 위협 받고 있습니까? | 누구로부터 | | |
| 흡연 음주 약물 | 지난 1년 동안 성에 대한 교육을 학교 및 기타 교육 기관에서에서 배운 적이 있습니까? | 누구로부터 | | |
| | 지난 1년 동안 내 몸을 자주 만지는 사람이 있습니까? | | | |
| | 지난 1년 동안에 담배를 피운 적이 있습니까? | 언제 | | |
| 사회성/ 정신건강 | 지난 1년 동안에 술을 마신 적이 있습니까? | 언제 | | |
| | 같이 사는 사람 중에 담배나 술을 너무 해서 걱정되는 사람이 있습니까? | 누구 | | |
| | 학교를 가고 싶지 않을 때가 자주 있습니까? | 언제 왜 | | |
| | 화가 나면 난폭한 행동을 합니까? | 왜 | | |
| | 친한 친구가 있습니까? | | | |
| | 자주 피곤하고 모든일에 자신감이 없는 편입니까? | | | |
| | 차분하지 못하고 지나치게 활동적입니까? | | | |
| 자살을 심각하게 생각하거나 자살을 시도한 적이 있습니까? | 언제 왜 | | | |
| ▶ 고민이나 괴로운 일로 상담 받고 싶습니까? | | | | |

2023년 3월 3일

전 주 기 린 중 학 교 장 (직인생략)