	"가고 싶은 학교 행복한 교육공동체" # 가정통신문	
063)460-1708(교무실), 460-1704(행정실), FAX)460-1786, 담당:460-1773		
제 목	**2022년 학생 응급처치 동의서 및 건강조사 안내**	

학부모님 안녕하십니까? 「학교보건법」 및 「학교건강검사규칙」에 의거 학생건강상태를 조사하고, 학교 내 응급환자 발생 시 절차 안내 및 동의에 대한 안내를 드리고자 합니다. 작성된 내용은 건강한 학교생활을 위한 근거자료로만 활용이 되고 비밀이 보장되오니 아래 내용을 성실하게 기재하시어 **(반드시 보호자와 함께 작성) 3월 7일(월요일)까지** 담임선생님께 제출해 주시기 바랍니다.

※ 아래 내용에 대한 동의 및 건강상태조사를 거부할 권리가 있으나 거부에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

학년	반	번호	이름	응급상황 시 연락처 (연락이 안될 경우를 대비하여 3순위까지 확보하고자 합니다)
				보호자 1 (학생과의 관계 :) ☎_____ 보호자 2 (학생과의 관계 :) ☎_____ 보호자 3 (학생과의 관계 :) ☎_____

1. 건강 상태 조사

- 현재 주기적인 병원진료를 받거나 수술한 과거력을 자세히 기록해 주세요.
  예: 심장병, 천식, 간질 및 경련, 발작, 당뇨, 결핵, 신장질환, 암, 근골격계 질환 등

1. 현재 치료 중, 관리 중인 질병	질병명(발병시기)	☐없음 ☐있음, 질병명(발병시기):
	병원명	
	복용약물	☐없음 ☐있음 :
2. 수술병력	수술명(수술연도)	
3. 고위험 기저질환 유무	3쪽 참고	☐없음 ☐있음, 질환명:
4. 언어 장애 유무	☐없음 ☐있음 :	
5. 운동능력 장애 유무	☐없음 ☐있음 :	
6. 청력 장애 유무	☐없음 ☐있음 :좌측장애( ) / 우측장애( ) 보청기 착용 유무( )	
7. 시력 이상 유무	☐없음 ☐안경착용 ☐난시 ☐사시 ☐기타:	
8. 약품,식품 알레르기	종류	주의사항
	※알레르기를 일으키는 음식이 있다면 급식시간에 먹지 않도록 자녀에게 반드시 주의 부탁드립니다.	

9. 알러지 관련 질환 *(최근에 치료 중이거나 관리 중인 경우 기록해 주세요.)*	아토피 피부염	알러지성 비염	천식	알러지성 결막염
	※현재 상태(치료 중인 경우 기록해 주세요)			

주의 할 사항	

2. 건강생활에 관한 질문 (해당칸에 √표시 및 작성)

※학생건강검사규칙에 의거한 양식

항 목	건 강 생 활 행 동		먹지 않음	1-2번	3-5번	매일 먹음
식생활습관	1. 일주일 동안 다음 음식을 대체로 몇 번 이나 먹습니까?	라면				
		음료수				
		패스트푸드				
		육류				
		우유, 유제품				
		과일				
		채소(김치제외)				

항 목	건 강 생 활 행 동				
식생활습관	2. 아침 식사는 어떻게 합니까?	거의 꼭 먹음	대체로 먹음	대체로 안 먹음	거의 안 먹음
	3. 살을 빼기 위해 해본 방법을 모두 선택 하세요.	아무것도 안함	식단 조절	약을 먹는다	운동으로 감량

항 목	건 강 생 활 행 동				
수면 및 신체 활동	4. 일주일에 세 번 이상 숨이 차거나 땀이 날 정도로 운동을 합니까?	예( )	아니오( )		
수면 및 신체 활동	5. 평소에 하루 몇 시간 정도 잡니까?	6시간 이내	6-7시간	7-8시간	8시간이상
	6. 친구들과 비교해서 자신의 체형이 어떻다고 생각하십니까?	매우 마름	약간 마름	보통	약간 살찜 / 매우 살찜

항 목	건 강 생 활 행 동	예	아니오
개인위생	7. 밥을 먹기 전이나 밖에서 놀다 돌아와서 비누로 손을 씻는다.		
	8. 하루에 세 번 이상 이를 닦는다.		
안전의식	9. 자동차를 탈 때 안전벨트를 맨다.		
	10. 인라인스케이트,롤러블레이드,스케이트보드 또는 자전거 등을 탈 때 헬멧을 쓰고 보호대를 착용한다.		
가정 및 학교 생활 (학교 폭력)	11. **지난 1년 동안** 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있다.		
	12. 돈을 빼앗는 친구가 있다.		
	13. **지난 1년 동안** 육체적, 정신적인 성희롱이나 성학대(성폭력)를 받은 적이 있다.		
	14. 집을 나가고 싶을 때가 자주 있다.		
	15. 우리 가족은 나의 이야기를 잘 들어주고 나의 감정을 존중해 준다.		
	16. 자주 매를 맞는 편이다.		

항 목	건 강 생 활 행 동	예	아니오
TV, 인터넷	17. 텔레비전을 하루에 2시간 이상 본다.		
	18. 인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상 한다.		
	19. 음란물을 보거나 성인방송(사이트)을 본 적이 있다.		
약물	20. 같이 사는 사람 중에 담배를 피우는 사람이 있다.		
	21. 집 안 내에서 담배를 피우는 사람이 있다.		
	22. 같이 사는 사람 중에 술을 너무 많이 마셔서 걱정되는 사람이 있다.		
	23. 누군가 술을 권해서 마셔본 경험이 있다.		
정서	24. 모든 것이 귀찮고 희망이 없는 것처럼 느껴진다.		
	25. 공부시간에 선생님께 자주 혼난다.		
부모님 의견	26. 귀하의 자녀가 만 5세 이후 가만히 앉아 있지 못하고 항상 뛰어다니거나 말을 많이 합니까? (1학년만)		
	27. 귀하의 자녀는 주의력이 없고 주의가 산만합니까?		
기타	28. 고민이나 괴로운 일로 상담을 받고 싶다.		
	29. 상담을 받고 싶으면 누구와 상담하고 싶은지 써주세요 ( )		

3. 개인정보 제공 동의서 (해당칸에 √표시)

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

1. 제공 받는 자 : 대자초등학교
2. 이용목적 : 응급상황 발생 대비, 건강관리
3. 개인정보항목 : 학번, 학생 이름, 보호자 이름, 보호자 전화번호, 학생건강상태
4. 보유 · 이용기간 : 2022. 3. 4. ~ 2023. 2. 28.

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의합니다. ☐ **예** ☐ **아니오**

4. 학교 내 응급환자 발생 시 절차 및 응급처치 동의서 (해당칸에 √표시 및 서명)

▶ 응급환자 발생 시 절차
- 병원진료가 필요한 경우에는 보호자에게 연락하여 인계함을 원칙으로 합니다.
- 위급한 상황에서는 보호자에게 연락 후 교내 환자이송팀이 인근병원으로 먼저 후송하거나, 경우에 따라서는 119구조대에 연락하여 병원으로 후송합니다.

▶ 학교에서의 사고 · 질병 발생 시 신속한 응급처치가 이루어질 수 있도록 응급처치 및 절차에 대한 권한을 학교에 위임하며, 의약품 투약(해열진통제, 소화제, 감기약 등 일반의약품)에 동의합니다.

☐ **예** ☐ **아니오**

2022년 월 일 보호자 : (서명)

2022. 3. 2.

푸 른 솔 초 등 학 교 장

소아청소년 고위험기저질환자 범위

구 분	주요 질환
내분비계질환	· 당뇨(유형무관) · 소아청소년비만(체질량지수 **95백분위수 이상**) · 뇌하수체 기능저하증, 부신기능저하증
심혈관 질환	· 혈역학적으로 의미있는 문제가 있는 선천성 및 후천성 심장병
만성 신장 질환	· 만성 신장 질환: 만성신부전 (eGFR<60 ml/min)
만성 호흡기 질환	· **중증 천식** · 만성 호흡기 질환 (간질성 폐질환, 낭성 섬유증, 폐쇄성 세기관지염, 기관지폐이형성증 등)
신경계 질환	· 만성 신경계 질환 1) 신경장애 및/또는 뇌성마비, 근이영양증을 포함한 신경근 질환 2) 신경계 또는 근육의 유전성 및 퇴행성 질환, 또는 호흡저하(hypoventilation)와 관련된 기타 질환
면역저하질환	· 장기이식환자 1) 신장이식 환자 2) 면역억제치료 중 (신증후군이나 만성 사구체 신염 등으로 1개월 이상 면역억제치료가 필요한 환자) · 자가면역 또는 자가염증성 류마티스 환자 1) 항류마티스 약물(Disease modifying anti-rhumatic drugs, DMARDs) 요법 치료를 받고 있는 환자 2) 과거 심각한 감염의 병력이 있었던 환자 3) 단, 질병의 활성도나 환자의 상태, 치료 중인 약물에 따라서 접종 일정의 조정이 필요한 경우가 있어, 접종 전 소아류마티스 전문의와 충분한 상담을 통하여 결정할 수 있도록 하여야 함. · 일차성(선천)면역결핍증 환자(DiGeorge syndrome, Wiskott-Aldrich syndrome 등) · 비장절제 또는 기능적 무비증 · Sickle Cell disease/Thalassemia (국내 희귀) · 면역억제치료 1) 고용량 코르티코스테로이드(≥20mg prednisone or equivalent per day when administered for ≥2 weeks) 2) 알킬화제 (alkylating agents) 3) 길항물질 (antimetablites) 4) 이식 관련 면역억제제 (transplant-related immunosuppressive drugs) 5) 암 화학요법제 (cancer chemotherapeutic agents) 6) 종양 괴사(TNF) 차단제 (tumor-necrosis (TNF) blockers) 7) 면역억제제 또는 면역조절제인 기타 생물학적 제제 (biologic agents)