



학생 응급상황 관리 안내 및 건강상태 조사

교무실 535-2983
행정실 535-2973
<http://kyoam.es.kr>

안녕하세요?

학부모님 가정에 건강과 행운이 함께하기를 기원합니다.

본교에서는 학생들의 효율적인 건강관리를 위하여 건강조사를 실시하고자 합니다. 건강상 이유로 학교에서 특별한 배려가 필요한 학생은 해당사항을 자세히 기록하여 3월 10일(목)까지 학교로 보내주시기 바랍니다.

※ 건강조사서 내용은 학생의 건강관리와 학교생활지도에만 참고사항으로 사용됩니다.

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

1. 제공받는 자 : 교암초등학교, 정읍시보건소(코로나19 관련)
2. 이용목적 : 건강관리 및 응급상황 발생 대비, 코로나19 관련
3. 개인정보항목 : 학년, 번호, 성별, 이름, 혈액형, 학부모 전화번호, 병력, 건강상태,
4. 보유·이용기간 : 2022학년도

아래 개인정보의 수집 및 이용목적에 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다. ☐

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

1. 인적사항 및 응급 상황 시 연락처

학생 인적사항	학년	번	성별: 남, 여	이름:	혈액형
응급 상황 시 연락처	순위	관계		전화번호(휴대폰번호)	
	1				
	2				

2. 본교 응급상황 발생 시 절차이오니 꼭 읽어보시고 기억해 주시기 바랍니다.

가. 위급하지 않으나 병원진료가 필요한 학생의 사고나 질병 시 가장 먼저 부모님께 연락드립니다.

※ 보건실에서 응급처치하고 병원 진료 의뢰가 필요한 경우 학부모에게 연락하여 학생을 인계한 후 학부모 동행하여 병원진료를 받는 것을 원칙으로 합니다.

나. 위급하거나 위독할 때에는 보호자에게 연락 후 교사가 동행하며, 필요한 경우에는 119 구급대에 연락하여 병·의원으로 바로 후송합니다.

◆ 응급처치 동의서 ◆

사고 발생 시 응급처치는 학부모의 동의하에 이루어짐을 허락합니다. 따라서 응급상황 시 처치에 대한 신속한 체계가 이루어질 수 있도록 응급처치(절차)에 대한 권한을 귀 기관에 위임할 것에 동의합니다.

학부모(보호자) 성명 :

서명 또는 (인)

※ 코로나19로 인하여 37.5도 이상 열이 나거나 호흡기증상(기침, 인후통 등)이 있는 경우에는 바로 보호자에게 연락, 일시적관찰실에서 대기 후 보호자와 함께 귀가 조치하겠습니다. 이후 정읍시보건소 선별진료소(☎539-6112) 또는 정읍시 호흡기 진료 지정의료기관 등을 방문하여 진료를 받아주세요. 의료기관 방문 시에는 자차를 이용하고 보건용마스크(KF)를 착용합니다.

⇒ 뒷면에 계속

3. 건강상태 조사 설문지

※ 마.의 코로나19 관련 소아청소년 고위험기저질환이 있으면 자세하게 기록하여 주세요.

※ 건강상태 조사 내용은 학생의 건강관리와 학교생활지도에만 참고사항으로 사용됩니다.

가. 선천적인 질병, 만성질환을 가지고 있어 현재도 지속적인 관리가 필요합니까? (예 : 난치병, 심장병, 천식, 뇌전증, 당뇨, 결핵, 장질환, 간염 등)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	*병명: *현재 상태:
나. 거의 경우는 아니지만 현재 한 달 이상 치료중이거나 관리중인 질병이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	*병명: *현재 상태 (완치,치료중,관찰중):
다. 현재 신체장애(시력, 청력, 언어장애 포함), 정신 장애 및 기타의 장애를 가지고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	*병명: *현재 상태:
라. 알러지성 질환 (아토피피부염, 알러지성비염, 알러지성 결막염, 천식) 또는 알러지를 일으키는 식품이나 약물이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	*알러지성 질환명:
		*알러지반응 약품, 식품 종류:
		*알러지반응(상세히 기술):
마. 코로나19 관련 소아청소년 고위험기저질환이 있나요? 1) 당뇨(유형무관), 소아청소년비만, 뇌하수체기능저하증 부신기능저하증 2) 선천성 및 후천성심장병 3) 만성 신부전 4) 중증 천식 5) 만성 호흡기질환(간질성 폐질환, 만성 섬유증 폐쇄성 세기관지염, 기관지 폐이형성증 등) 6) 신경장애 및/또는 뇌성마비, 근이영양증을 포함한 신경근 질환 7) 신경계 또는 근육의 유전성 및 퇴행성 질환 또는 호흡저하와 관련된 기타 질환 8) 장기이식환자: 신장이식 환자, 면역억제치료 중 9) 자가면역 또는 자가염증성 류마티스 환자 10) 일차성(선천)면역결핍증 환자 11) 비장절제 또는 기능적 무비증 12) Sick Cell disease/Thalassemia (국내 희귀) 13) 면역억제치료: 고용량 코르티코스테로이드 등	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	*병명: *현재 상태를 정확하게 기록
바. 위의 질환과 관련하여 체육, 수련활동, 기타 수업에 지장이 있어 배려가 필요합니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	*주의사항
사. 기타 질병이 있거나 위 내용과 관련하여 참고할 내용이나 주의사항이 있으면 적어주시기 바랍니다.		