

학생 응급상황 관리 및 건강조사 안내(코로나19관련 고위험군 조사)

2022년 한 해에도 학부모님 가정에 건강과 행복을 기원합니다.

학생들의 건강한 학교생활을 위해 건강상태를 조사하고 응급상황 발생 시 처리 절차에 대하여 안내 하오니 아래 사항을 잘 읽어보시고 자녀와 함께 작성하신 후 담임 선생님께 제출 바랍니다. 기타 비 밀유지 등의 이유로 기록을 원치 않는 경우는 담임교사나 보건실로 직접 연락주시기 바랍니다. 건강 조사서 내용은 학생의 건강관리와 학교 생활지도에만 참고합니다.

1. 인적사항

학년/반	번호	성별	이름	응급상황 시 연락처
				보호자 (학생과의 관계 :) ☎ _____

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

- 1) 위급하지 않으나 병원진료가 필요한 경우:** 사고나 질병 시 가장 먼저 보호자에게 연락드립니다.
보건실에서 응급처치하고 병원 진료 의뢰가 필요한 경우 보호자 동행하여 병원진료를 받는 것을 원칙으로 합니다.
- 2) 위급하거나 위독할 때:**
보호자에게 연락 후 교사가 동행하며, 필요한 경우에는 119 구급대에 연락하여 병의원으로 바로 후송합니다.
<응급증상 및 이에 준하는 증상> <응급의료에 관한 법률> 시행규칙 제2조 제1호 관련
- 의식장애가 있는 두부 손상, 심폐소생술이 필요한 증상, 중독 및 대사장애 증상(신부전, 심부전)
- 개복술을 요하는 급성 복증(급성 복막염, 장폐색증, 급성 췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18%이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신 마취 하에 응급수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- 계속되는 각혈, 지혈이 안 되는 출혈, 급성 위장관 출혈, 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력손실
- 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응, 소아 경련성 장애, 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애
- 기도, 귀, 눈, 코, 항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 상황 등
- 3) 학교보건법 제23조 제1항에 관련하여** 보건교사는 학생의 건강상태를 파악하고 외상에 관한 치료와 부상과 질병예방 및 악 화 방지를 위한 처치나 의약품투여를 할 수 있습니다. 건강에 대한 특이사항 및 의약품에 특별한 알레르기가 있는 경우 본 조사에 자세히 기록하여 알려거나 담임교사 또는 보건교사에게 직접 연락바랍니다.

◆ 응급처치 및 투약 동의서(필수) ◆

사고 발생 시 응급처치는 보호자의 동의하에 이루어짐을 허락합니다. 따라서 응급상황 시 처치에 대한 신속한 체계가 이루어질 수 있도록 응급처치(절차) 및 학교내 의료행위 처치에 대한 권한을 귀 기관에 위임할 것에 동의합니다. 보호자의 서명 동의 거부 시 학교내 자녀의 의료처치가 이루어지지 않고 바로 보호자에게 연락합니다.

보호자성명 :

서명 또는 (인)

3. 코로나19관련 고위험 기저질환 학생 조사

교육부의 소아청소년 고위험 기저질환자 범위에 따라 코로나19 고위험군으로 분류가 되면, 학교에서 확진 자 접촉 시 PCR검사를 권장하고 있습니다. 뒷면을 보시고 해당되는 경우는 **진단명(병명)**을 적어 주세요. 향후 코로나19 접촉자 분류 시 학교장 확인서를 지참하여 바로 PCR검사 대상 근거 자료로 활용됩니다.

고위험 기저질환명	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (✓표시) ▶ 진단명: _____
--------------	---

- 소아청소년 고위험기저질환자 범위 -

구 분	주요 질환
내분비계질환	<ul style="list-style-type: none"> 당뇨 (유형무관) 소아청소년비만 (체질량지수 95백분위수 이상) 뇌하수체 기능저하증, 부신기능저하증
심혈관 질환	<ul style="list-style-type: none"> 혈역학적으로 의미있는 문제가 있는 선천성 및 후천성 심장병
만성 신장 질환	<ul style="list-style-type: none"> 만성 신장 질환: 만성신부전 (eGFR<60 ml/min)
만성 호흡기 질환	<ul style="list-style-type: none"> 중증 천식 만성 호흡기 질환 (간질성 폐질환, 낭성 섬유증, 폐쇄성 세기관지염, 기관지폐이형성증 등)
신경계 질환	<ul style="list-style-type: none"> 만성 신경계 질환 <ol style="list-style-type: none"> 신경장애 및/또는 뇌성마비, 근이영양증을 포함한 신경근 질환 신경계 또는 근육의 유전성 및 퇴행성 질환, 또는 호흡저하와 관련된 기타 질환
면역저하질환	<ul style="list-style-type: none"> 장기이식환자 <ol style="list-style-type: none"> 신장이식 환자 면역억제치료 중 (신증후군이나 만성 사구체 신염 등으로 1개월 이상 면역억제치료가 필요한 환자) 자가면역 또는 자가염증성 류마티스 환자 <ol style="list-style-type: none"> 항류마티스 약물요법 치료를 받고 있는 환자 과거 심각한 감염의 병력이 있었던 환자 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 <ol style="list-style-type: none"> 고용량 코르티코스테로이드(≥20mg prednisone or equivalent per day when administered for ≥2 weeks) 알킬화제 3) 길항물질 4) 이식 관련 면역억제제 5) 암 화학요법제 6) 종양 괴사 차단제 7) 면역억제제 또는 면역조절제인 기타 생물학적 제제

4. 건강상태 조사 (*이전 학년에서 이미 제출한 적이 있어도 새로 기재해주시기 바랍니다.)

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

조사내용		없음 (√표시)	있음 (자세한 내용을 기록)				
치료중인 질병이 있습니까? (선천성질환, 만성 질환, 희귀질환 등 포함)	질환명(발병시기)						
	다니고 있는 병원						
	복용약물						
	현재 상태 (자세히)						
현재 신체장애 유무 (운동, 언어, 청력, 시력 등)			• 병명 : • 현재상태 :				
알레르기 관련 질환 (해당사항에 √표) *중증 알레르기 반응으로 전신두드러기, 입술이나 목부음, 눈주위 부음, 호흡곤란, 어지러움, 쇼크 등 심각한 반응 이 있는 경우			알레르기성 비염	아토피 피부염	천식	알레르기성 결막염	기타 (약물, 음식)
		• 약물 알러지(약품명과 증상): • 식품 알러지(식품명과 증상): • 학교에서 알아야 할 특별한 사항:					
응급약품을 소지하는 경우 (해당 사항에 √표)			• 천식으로 기관지확장제 소지() • 자가 주사용 에피네프린 소지() • 그 밖의 소지 약품이 있으면 기록()				
건강상 학교에서 특별히 배려해야 할 점이 있습니까?							