


보 건 소 식 지 제 2023-19 호	<b>1학년 학생건강검진결과 유소견자 재검진 안내</b>	
보건실	우) 560-293 전주시 완산구 능안자구길 55 ☎교무실220-9202~3. ☎ 보건실 220~9267. Fax 222~1902	

학부모님 안녕하십니까?

1학년 학생건강검진에 협조하여 주셔서 감사드립니다.

검진기관에서 발송된 학생건강검진결과 중에서 종합소견란에 **‘정밀검사요함’**이라고 판정된 경우에는 반드시 가까운 병원에 방문하여 재검진이 이루어질 수 있도록 협조 부탁드립니다. 재검진시 발생하는 비용은 **자비부담**이나 질병의 조기발견 및 치료를 위해서는 재검진이 반드시 필요 합니다.

또한 **재검사 후에는 그 결과를 아래의 회신서에 작성하여 학교 보건실로 제출하여 주시고, 이미 검사를 받은 학생의 경우에도 그 내용을 회신서에 작성하여 보내 주시길 바랍니다.** 보내주신 회신서는 학생 건강관리에 도움이 됩니다.

재검진 결과 회신서(학교제출용)	
인적 사항	( 1 )년 (    )반 (    )번    성명: _____
1차 검진결과	
재검진 진료내용	
재검진 결과 및 소견 (의사소견)	
방문의료기관	
※ 개인정보 수집 및 이용 목적: 건강검진 재검 결과 확인 <input type="radio"/> 보유 및 이용기간 : 수집시 ~ 2024.2.28. <input type="radio"/> 개인정보 수집 • 이용에 동의합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <div style="text-align: right;">보호자 성명: _____ (인)</div>	
완산고등학교장 귀하	

2023. 8. 21

완 산 고 등 학 교