



백산중 2025-035
교무실 063)582-2046
행정실 063)584-2053

가 정 통 신 문
<https://school.jbedu.kr/whitesan>
교무실 063-582-2046, 행정실 063-584-2053
팩 스 063-583-4647
(56323) 전북 부안군 백산면 백산로 379



주 제 : 2025학년도 1학년 학생건강검진 안내

학부모님 안녕하십니까?

우리 학교의 교육활동에 관심을 가져 주심에 감사드리며, 항상 가정에서 행복이 가득하기를 기원드립니다. 정기적인 학생 건강검사를 통한 질병의 조기발견 및 건강관리 도모를 위하여 중학교 1학년 학생을 대상으로 학교에서 건강검진을 실시 합니다.

본 교는 감염예방 등을 위하여 검진기관에서 학교로 출장나와 출장검진을 하게 되었습니다. 다음 안내 사항을 참고하시어 건강검진이 원활하게 진행되도록 부탁드립니다.

◆ 건 강 검 진 ◆

1. 검사대상 : 1학년 학생 전원
 2. 검사비용 : 무료
 3. 검사항목 : 건강조사(문진표 작성), 키, 몸무게, 비만도, 근골격 및 척추검사, 시력·청력검사, 눈·귀·목·피부·기관능력검사,혈압,소변검사,구강검사
(학생 중 검사 후 결과가 경도비만 이상으로 나오면 혈액검사 추가 실시)
 4. 검사일시 : 4월 16일(수) 8시 40분 시작
 5. 검사기관 : 인구보건복지협회
 6. 검사방법
 - ① 목걸이 등 악세사리는 제거하고 단추나 지퍼가 없는 가벼운 옷차림(간편한 복장, 티셔츠 등)으로 갈아입고 기다립니다.
 - ② 검사 전일 및 당일 당분이 많은 야채나 과일, 비타민C 섭취를 제한하여 주세요.
 - ③ 검사 전날 지나치게 운동하지 말고 일찍 잠자리에 듭니다.
 - ④ 소변검사가 있으니 **검사 당일 1시간 전부터 검사할 때까지 소변은 참도록 합니다.**
 - ⑤ 여학생의 경우 **생리중이거나, 생리 전후 일 경우 소변검사 담당자에게 알립니다.**
 - ⑥ **여학생**의 경우 흉부엑스선 촬영 시 스포츠브라 착용 권장-브래지어 부위에 와이어 같은 금속이 없어야 하고 등쪽 부위 고리 부분도 없어야 함. 금속 착용 시 검진기관에서 준비한 가운으로 탈의 후 검사해야 합니다.
 - ⑦ 안경을 착용중인 학생은 시력검사 시 필요하므로 꼭 **안경을 꼭 착용**해야 합니다.
 - ⑧ **경도비만이 예상되면 검사 전날 저녁 10시 이후에는 금식**을 하고 검진받을 수 있도록 합니다.(혈액검사가 추가되므로 적어도 검진 전 8시간 금식)
- [※ 금식하지 않고 검진 시 개인적으로 재검사 실시 등의 번거로움 발생 가능성 높음]

2024. 04. 11.

백 산 중 학 교 장



개인정보 활용 동의서

개인정보의 수집·유출·오용·남용으로부터 사생활의 비밀 등을 보호하도록 한 「개인정보 보호법」에 따라, 학생의 건강검진을 원활히 진행하고 체계적으로 관리하기 위하여 다음과 같은 개인정보가 수집·이용·제공됩니다.

1. (개인정보 처리의 법령상 근거)

「개인정보 보호법」 제15조 및 「초·중등교육법」 제30조의6 등에 근거하고 있습니다.

2. (정보주체의 권리)

지원자는 자신이 제공한 개인정보에 대하여 「개인정보 보호법」 제4조 및 제35조부터 제38조까지의 규정에 따라 열람·처리·정지·정정·삭제·파기 등을 요구할 수 있으며, 「개인정보 보호법」을 위반한 행위로 손해가 발생한 경우에는 「개인정보보호법」 제39조에 따라 손해배상을 청구할 수 있습니다.

3. (개인정보 수집 항목)

학생의 학교생활기록부 중 학생의 소속 학교, 학년, 학급, 번호 및 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처 (학생, 학부모)항목입니다.

4. (개인정보의 수집·이용 목적)

학교보건법 제7조 및 제3항, 학교 건강 검사규칙 제6조에 의거 학생 건강검진을 위하여 명단에 기재 되는 개인정보를 수집하고 검사 종료 후 파기할 때까지 보유·이용하며 다른 목적으로는 사용되지 않습니다.

5. (개인정보의 수집·이용·제공에 대한 동의 거부)

동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 학생 건강검진이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

건강검진일 : 1학년 - 2024년 6월 25일(화)

6. (개인정보 제공)

수집한 개인정보는 인구보건복지협회에 제공됩니다.

☐ 동의합니다.

☐ 동의하지 않습니다.

2025 . . .

신청자 성명

(서명 또는 인)

* 만 14세 미만 아동인 경우, 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

보호자(법정대리인) 성명:

(인)

연락처:

관계:

백산중학교장 귀하