



학생 건강상태조사 및 응급환자 관리 안내

학부모님, 안녕하십니까? 귀댁에 건강과 행복이 가득하시기를 기원합니다.

본교에서는 자녀의 건강한 학교생활을 위하여 **학교 내 응급환자 관리방법**에 대해 안내해드리고, 더불어 **건강상태를 조사하고자 합니다**. 아래 내용을 성실하게 기재하셔서 **3월 7일(목)까지 담임 선생님께 제출해 주시기 바랍니다**. 조사내용은 비밀이 보장되며 학생의 건강관리와 학교생활에만 참고합니다. 응급상황 발생 시 빠른 대처를 위해 「**응급환자 관리 동의서 및 개인정보 제공 동의**」도 꼭 서명해 주시기 바랍니다.

1. 건강 기초조사서 (개인별 응급관리카드)

학년	반	번호	이름	성별
				남 / 여

2. 건강조사 설문지 (자신의 해당되는 항목에 성실하게 기록해주시기 바랍니다.)

※ 건강상태조사에 응답하지 않은 경우는 학생의 건강상태에 아무 문제가 없음으로 간주함

조 사 내 용	없음	있음 (자세한 내용을 기록)
1. 선천적인 질병, 만성질환을 가지고 있어 지속적인 관리가 필요합니까? (예:심장병, 천식, 뇌전증, 당뇨, 결핵, 신장질환 등)		<input type="checkbox"/> 병명: <input type="checkbox"/> 현재상태: <input type="checkbox"/> 복용하고 있는 약:
2. 소아당뇨(제1형 당뇨)로 관리가 필요합니까?		<input type="checkbox"/> 현재투약 및 치료상태: <input type="checkbox"/> 학교에서 주의사항:
● 소아당뇨(제1형 당뇨)로 학교지원이 필요한 부분(해당시 √표시) 투약장소 제공(), 투약행위 지원(), 혈당관리(), 인슐린 및 글루카곤 약물보관()		
3. 만성질환이나 선천성질환은 아니지만 현재 한 달 이상 치료중이거나 관리중인 질병이 있습니까?		<input type="checkbox"/> 병명: <input type="checkbox"/> 현재상태:
4. 현재 신체장애(시력장애,청력장애,언어장애 포함), 정신적인 장애 및 기타의 장애를 가지고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 병명: <input type="checkbox"/> 현재상태:
5. 알러지성 질환 또는 알러지를 일으키는 음식이나 약물 등이 있습니까?(아토피, 비염, 천식 등)		<input type="checkbox"/> 알러지성 질환 : <input type="checkbox"/> 약품명, 식품명, 기타 :
● 음식에 대한 알레르기가 있는 경우 학교 식단표를 확인하여, 섭취하지 않도록 학생의 주의를 부탁드립니다, 해당 내용은 영양사와 자료를 공유합니다(특별한 경우 영양사에게 직접 연락 바랍니다). ● 약물에 대한 알레르기가 있는 경우는 정확한 약물명과 부작용을 반드시 기재해주시기 바랍니다.		
6. 아나필락시스 쇼크 등 질환으로 관리가 필요합니까?		<input type="checkbox"/> 현재투약 및 치료상태: <input type="checkbox"/> 학교에서 주의사항:
7. 위의 질환과 관련하여 체육, 체험활동, 기타 수업에 지장이 있어 배려(주의)가 필요합니까?		<input type="checkbox"/> 배려(주의)할 사항:
8. 기타 질병이 있거나 위 내용과 관련하여 좀 더 참고할 내용이나 주의사항이 있으면 자세하게 적어주시기 바랍니다. 서면 작성이 어려운 경우에는 보건실(☎070-7858-4121)로 연락하여 주시기 바랍니다.		

☞ 뒷면 확인 후 작성해주시요.

3. 건강생활 행동조사 (자신의 해당되는 질문에 “V” 표시를 하여 주십시오)

구분	건강생활행동	예	아니오
식생활/신체활동	아침 식사는 어떻게 먹습니까? ①꼭 먹음 ②대체로 먹음 ③거의 먹지 않음		
	지난 일주일 동안 숨이 차거나 땀이 날 정도로 운동을 했습니까?		
개인위생	식사하기 전이나 외출 후 돌아와서 비누로 손을 씻는다		
	하루에 두 번 이상 이를 닦는다		
인터넷	음란물을 보거나 성인사이트에서 채팅을 자주 한다		
약물 성	인터넷이나 게임을 하루에 두 시간 이상 합니까?		
	술이나 담배 문제로 전문가의 도움을 받고 싶다		
사회성/정신건강	성 문제로 전문가의 상담을 받고 싶다		
	학교를 가고 싶지 않을 때가 자주 있습니까?		
	모든 것이 귀찮고 자신감이 없는 편입니까?		
	외롭고 우울한 경우가 자주 있습니까?		
	화가 나면 난폭한 행동을 합니까?		
	자살을 심각하게 생각하거나 시도한 적이 있습니까?		
※ 고민이나 괴로운 일로 상담을 받고 싶습니까?			

4. 응급 환자 관리 안내

학교생활 중 발생하는 응급상황에 대한 신속하고 체계적인 구급처치 및 후송을 위하여, 교내 응급환자 관리에 대한 절차를 알려 드립니다. (근거 : 응급의료에 관한 법률 제2조, 교육과학기술부 학교응급관리 매뉴얼)
○ 응급후송이 필요한 경우나 학생이 위급하거나 위독할 때를 제외하고는 보건실에서 응급조치하고 보호자에게 연락 후 인계하여 병원진료를 받도록 합니다.

구분	위급한 상황일 경우 (보건교사 및 담임교사 동행)	위급하지는 않으나 병원으로 후송할 경우 (학부모에게 인계)
상황	- 기도폐쇄, 심한 호흡곤란 - 맥박이 약하거나 없을 때 - 출혈이 심한 경우, 의식이 없을 때 - 기타 응급상황일 경우	- 열자, 단순골절이 의심될 때 - 열성질환, 단순 외상 - 기타 병원 치료가 필요한 경우

○ 병원에 가야 하는 상황에서 보호자와 연락이 안 되는 경우, 응급조치가 가능한 학교 인근 병원으로 후송하며, 필요시 119에 연락하여 응급 후송합니다.

학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 및 개인정보 수집 이용 동의

사고 발생 시 응급처치는 보호자의 동의하에 이루어짐을 허락합니다. 연락이 안 될 경우 응급처치(절차)에 대한 권한을 귀교에 위임할 것과 개인정보 수집·이용 및 제공에 동의합니다.

응급 연락처	관 계 : _____	응급연락처 부재 시 연락 가능한 전화번호	관 계 : _____
	전화번호 : _____		전화번호 : _____

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

※ 동의를 거부할 권리가 있으나 거부에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

- 이용목적: 응급상황 발생 대비, 학생건강검사 시 의료기관에 정보제공, 감염병 발생 신고 시 정보제공
- 개인정보항목: 학년 반, 이름, 연락처, 건강문제
- 보유·이용기간: 2024학년도(2024.03월 현재 ~ 2025.02.28)

아래 개인정보의 수집 및 이용목적에 동의합니다.

☐

동의하지 않습니다.

☐

2024년 3월 5일

보호자 또는 법적대리인 성명:

(서명)

2024년 3월 5일

정 명 고 등 학 교 장

