


교훈 : 성실 	<h1>가 정 통 신 문</h1>	제 2022 - 5 호
	<h2>학생 건강기초조사 및 응급처치 관련 안내</h2>	담당 : 체육건강부 경기도 시흥시 장현순환로 100 ☎ (교무실) 031-365-8200 ☎ (행정실) 031-365-8210

학부모님 안녕하십니까?

자녀의 전반적인 건강상태를 파악하여 건강한 학교생활이 되도록 돕고자 건강기초조사를 하고자 합니다. 아래 내용을 정확하게 기록하셔서 **담임선생님께 제출**하여 주시기 바랍니다.

시흥가온중학교 ()학년 ()반 ()번 성별(남) 이름 :				
보호자 연락처	부	☎	보호자 부재시 연락처	관계: ☎
	모	☎		

1. 건강상태 조사

▶ 해당되는 곳에 "V"표시 하고, 필요한 경우 내용을 자세히 기록하여 주세요.

질 환 명	없 음	있 음			
자녀의 건강관리를 위해 학교에서 꼭 알아 야 할 사항이 있으면 자세히 적어주시기 바랍니다. (예: 심장병, 천식, 뇌전증, 당뇨, 신장질환, 학교급식과 관련하여 음식알러지, 약물알 러지 등) ※특히 알러지 경우-호흡곤란, 알러지속등 의 증상이 있는 경우 반드시 기재할 것.		병명: 현재 치료 상태: 학교에서 주의사항:			
알레르기 유무 (해당란에 v표시해주세요)		천식	알러지성비염	아토피피부염	알러지성결막염
약품, 식품이나 음식 알러지		알러지 물질: 증상:			

-----뒷면도 작성하여 주세요-----

2. 학교 내 응급환자 관리 안내

학교에서 아동들이 건강하고 안전하게 생활할 수 있도록 하는데 본교 교직원은 최선을 다할 것입니다. 그러나 부득이 응급상황이 발생할 경우 보건실 내에서 일반의약품 투여 및 신속하게 응급처치가 이루어질 수 있도록 아래와 같이 학부모님들의 협조와 동의를 구하고자 합니다.

☆ 동의서 미제출자는 동의로 간주합니다.

◎ 학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 ◎

응급상황 발생시

병원 의뢰가 필요한 경우 <응급증상 및 이에 준하는 증상>등으로 위급하거나 위독할 때를 제외하고는 학부모님께 연락하여 인계함을 원칙으로 합니다. 단, **응급상황이거나 연락이 안 될 경우 인근병원이나 119구조대, 학생이 주로 이용하는 병원으로 이송함에 동의합니다.**

☐예 ☐아니오

◎ 개인정보 수집, 활용 동의서 ◎

개인정보의 수집 및 이용목적	학생건강상태조사, 응급이송 및 보건일지 기록, 건강검사
개인정보의 보유 및 이용기간	2022년 3월 2일~ 2023년 2월 28일(이용 후 파기)
기본 개인정보 수집, 활용	학생 명, 학생건강상태, 보호자명, 전화번호

개인정보 수집 및 이용에 동의합니다. ☐예 ☐아니오

민감정보(질환 등) 수집, 이용에 동의합니다. ☐예 ☐아니오

(* 동의를 거부할 권리가 있으나, 거부에 따른 불이익에 대한 책임은 본인에게 있습니다.)

2022년 3월 8일 보호자(법적대리인) : (서명)

3. 취학전 예방접종

<예방접종도우미사이트>에서 확인하신 후, 접종현황을 아래에 기록해주시기 바랍니다.

접종내역 확인방법

- ① 예방접종도우미사이트(<https://nip.kdca.go.kr>) 에 회원가입
- ② 우리아이 예방접종관리 → 아기에방접종관리 → 아기정보등록(대상 자녀 등록)
→ 예방접종내역 확인 → 본 통신문에 접종여부(O)기록 및 제출
- ③ 예방접종이 안된 경우 - 본 통신문에 (X)표시, 예방접종은 6월말 까지 완료
(접종하면 의료기관에서 전산 입력하므로 접종 후에는 제출할 것이 없습니다)

▶ 취학 전 예방접종 현황 기록(건강기록부에 입력해야하는 접종)

: 접종여부를 해당란에 O,X 표시해주세요.

		접종여부						접종 완료	기타의견 (미접종 시 접종예정일)
		1차	2차	3차	4차	5차	6차		
예방접종도우미 사이트 확인 결과 (https://nip.kdca.go.kr)	DPT : 디프테리아, 백일해, 파상풍							6차	
	일본뇌염							사:5차 생:2차	
	사람인유두종바이러스 (HPV)		X	X	X	X	X	1차	

2022. 3. 8.

시 흥 가 온 중 학 교 장[직인생략]