

	꿈을 향해 더불어 성장하는 행복한 삶, 미래^{high+} 수지교육	● 수지구 정평로 13번길 ● 교무실 031) 262-0055 ● 행정실 031) 262-2498 ● 팩 스 031) 262-4479 ● http://www.suji.es.kr
	가정통신문	

제목: 2026학년도 학생 건강상태 조사 및 응급환자 관리 안내

학부모님 안녕하십니까? 「학교보건법」 및 「학교건강검사규칙」에 의거하여 학생건강상태를 조사하고, 학교 내 응급환자 발생 시 절차 및 동의에 대한 안내를 드리고자 합니다. 작성된 내용은 건강한 학교생활을 위한 근거자료로만 활용이 되고 비밀이 보장되오니 아래 내용을 성실하게 기재하시어 담임선생님께 제출해 주시기 바랍니다.

※ 아래내용에대한동의및건강상태조사를거부할권리가있으나거부에따른불이익에대한책임은본인에게있습니다.

학년/반	번호	이름	응급상황시연락처 (연락이안될경우를대비하여 3순위까지확보하고자합니다)
			보호자 1 (학생과의관계:) ☎ _____ 보호자 2 (학생과의관계:) ☎ _____ 보호자 3 (학생과의관계:) ☎ _____

1. 건강 상태 조사

- **현재 주기적인 병원 진료를 받거나 수술한 과거력을 자세히 기록해 주세요.**

예: 심장병, 천식, 간질 및 경련, 발작, 당뇨, 결핵, 신장질환, 암, 근골격계 질환 등

1. 현재 치료 중, 관리 중인 질병	질병명(발병시기)		☐ 없음 ☐ 있음 :		
	병원명				
	복용 약물		☐ 없음 ☐ 있음 :		
2. 수술병력	수술명(수술 연도)				
3. 언어장애 유무	☐ 없음 ☐ 있음 :				
4. 운동능력장애유무	☐ 없음 ☐ 있음 :				
5. 청력장애 유무	☐ 없음 ☐ 있음 :좌측장애() / 우측장애() 보청기 착용 유무()				
6. 시력이상 유무	☐ 없음 ☐ 안경착용 ☐ 난시 ☐ 사시 ☐ 기 타:				
7. 약품 및 식품 알레르기	종류		주의사항		
	※알레르기를 일으키는 음식이 있다면 급식 시간에 먹지 않도록 자녀에게 반드시 주의 부탁드립니다.				
8. 알러지 관련 질환 (최근에 치료 중이거나 관리 중인 경우 기록해 주세요.)	아토피 피부염	알러지성 비염	천식	알러지성 결막염	
	※현재 상태(치료 중인 경우 기록해 주세요)				
주의할 사항					

뒷면도 작성

2. 건강생활에 관한 질문 (해당칸에 √ 표시 및 작성)

※학교건강검사규칙에 의거한 양식

항 목	건강 생활 행동		먹지 않음	1-2번	3-5번	매일 먹음	항 목	건강 생활 행동					
식생활 습관	1. 일주일 동안 다음 음식을 대체로 몇 번이나 먹습니까?	라면					수면 및 신체 활동	4. 일주일에세번이상 숨이차거나 땀이날정도로 운동을합니까?	예()		아니오()		
		음료수											
		패스트푸드											
		육류											
		우유, 유제품											
		과일											
		채소(김치제외)											
	2. 아침 식사는 어떻게 합니까?	거의 꼭 먹음	대체로 먹음	대체로 안먹음	거의 안 먹음			5. 평소에 하루 몇 시간 정도 잠을 잡니까?	6 시간이내	6-7 시간	7-8 시간	8시간 이상	
	3. 살을 빼기 위해 해본 방법을 모두 선택하세요	아무것도 안함	식단조절	약을 먹는다	운동으로감량			6. 친구들과 비교해서 자신의 체형이 어떻다고 생각합니까?	매우 적음	약간 적음	보 통	약간 많음	매우 많음

항 목	건강 생활 행동	예	아니오	항 목	건강 생활 행동	예	아니오
개인 위생	7. 밥을 먹기 전이나 밖에서 놀다 돌아와서 비누로 손을 씻는다.			TV, 인터넷	17. 텔레비전을 하루에 2시간 이상 본다.		
	8. 하루에 세 번 이상 이를 닦는다.				18. 인터넷이나 게임을 하루에 2시간 이상 한다.		
안전 의식	9. 자동차를 탈 때 안전벨트를 맨다.			약물	19. 음란물을 보거나 성인방송(사이트)를 자주 본다.		
	10. 인라인스케이트,롤러블레이드,스케이트보드 또는 자전거 등을 탈 때 헬멧을 쓰고 보호대를 착용한다.				20. 같이 사는 사람 중에 담배를 피우는 사람이 있다.		
가정 및 학교 생활 (학교 폭력)	11. 지난 1년 동안 친구들에게 괴롭힘이나 따돌림을 당한 적이 있다.			정서	21. 같이 사는 사람 중에 술을 너무 많이 마셔서 걱정되는 사람이 있다.		
	12. 돈을 빼앗는 친구가 있다.				22. 모든 것이 귀찮고 희망이 없는 것처럼 느껴진다.		
	13. 지난 1년 동안 육체적, 정신적인 성희롱이나 성학대(성폭력)를 받은 적이 있다.			부모님 의견	23. 공부시간에 선생님께 자주 혼난다.		
	14. 집을 나가고 싶을 때가 자주 있다.				24. 귀하의 자녀가 만 5세 이후 가만히 앉아 있지 못하고 항상 뛰어다니거나 말을 많이 하니까? (1학년만)		
	15. 우리 가족은 나의 이야기를 잘 들어주고 나의 감정을 존중해 준다.			기타	25. 귀하의 자녀는 주의력이 없고 주의가 산만하니까?		
	16. 자주 매를 맞는 편이다.				26. 고민이나 괴로운 일로 상담을 받고 싶다.		
				27. 상담을 받고 싶으면 누구와 상담하고 싶은지 써주세요. (			

3. 개인정보 제공 동의서 (해당칸에 √ 표시)

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

1. 제공받는 자: 수지초등학교
2. 이용목적: 응급상황 발생 대비 및 건강관리
3. 개인정보항목: 학번, 학생이름, 보호자이름, 보호자 전화번호, 학생건강상태
4. 보유 . 이용기간: 2026.3.3.~2027.2.28.

개이정보의 스진 및 이요모전에 동의합니다 ☐ 예 ☐ 아니요

4. 학교 내 응급환자 발생 시 절차 및 응급처치 동의서 (해당칸에 $\sqrt{\quad}$ 표시 및 서명)

▶ 응급환자 발생 시 절차

- **병원진료가 필요**한 경우에는 **보호자에게 연락하여 인계함을 원칙**으로 합니다.
- **위급한 상황**에서는 **보호자에게 연락 후 교내 환자이송팀이 인근 병원으로 먼저 후송**하거나, 경우에 따라서는 **119구조대에 연락하여 병원으로 후송**합니다.

▶ 학교에서의 사고 . 질병 발생 시 신속한 응급처치가 이루어질 수 있도록 응급처치 및 절차에 대한 권한을 학교에 위임하며 의약품 투약(해열진통제, 소화제, 감기약 등 일반의약품)에 동의합니다.

☐ 예 ☐ 아니오

2026년 월 일 보호자: (서명)

2026. . .

수지초등학교장

