"존중과 신뢰, 참여와 협력으로 함께하는 북일교육"

북 일 고 등 학 교

http://www.bugil.hs.kr

북일고등학교 제 22-22 호	
담당부서	체육건강과
담 당 자	보 건
연 락 처	041-520-8690

FAX (041) 551-7116, (우) 31115 충남 천안시 동남구 단대로 69

가 정 통 신 문

(관 인 생 략)

(응급환자 관리에 대한 동의 및 학생건강 기초 조사)

학부모님 안녕하십니까?

학교생활 중 발생하는 응급상황에 대한 신속하고 체계적인 구급처치 및 후송을 위하여 교내 응급환자 관리에 대한 절차를 안내해 드립니다.

1) **학생이 위급하거나 위독할 때를 제외하고는 학부모님께 연락하여 인계함을 원칙으로 합니다.**
- 학교에서 우선 응급처치를 한 후 병원진료가 필요한 경우 담임선생님을 통하여 학부모님께 연락하여 학생을 인계한 후 학부모 동행하에 병원진료를 받는 것을 원칙으로 합니다.
- 원거리에서 온 학생 등 보호자 동행이 어렵거나 보호자와 연락이 안 되는 경우에는 학교 교직원이 동행하여 인근 병원에서 치료를 받을 수 있습니다.

2) **위급 또는 응급 상황일 때에는 *119*구급대에 연락, *119*구급대 매뉴얼에 따라 인근병원으로 후송합니다.**
- 응급상황에 대한 판단은 응급증상 및 이에 준하는 증상『응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조 제1호 관련』에 따릅니다.

3) 아울러 학생들의 효율적인 건강관리를 위하여 **학생건강 기초 조사를 실시하오니** 해당란을 작성하셔서 ***3/14(월)*까지 담임선생님께 제출**하여 주시기 바랍니다.

◎ 개인정보 수집·이용·제*3*자 제공*(활용)* 동의서 ◎

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

가. 제공받는자: 북일고등학교, 건강검진기관 나. 이용목적: 응급상황 발생 대비 및 학생 건강검진

다. 개인정보항목: 성명,학년반,생년월일,학부모연락처 라. 보유·이용기간: 2022.3.2.~2023.2.28.

학년 반 번 성명: (서명 또는 인)

학부모 성명: (서명 또는 인)

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다. ☐

※ 개인정보 제공에 대하여 동의를 거부할 수 있으며 거부 시 학생의 응급상황발생 시 신속한 병원 후송 및 비상연락, 각종 학생건강검사를 할 수 없음을 알려드립니다.

◎ 학교 내 응급환자 관리에 대한 동의서 ◎

만약 학생에게 위급한 상황이 발생할 경우 신속한 응급처치를 위해 긴급 연락처로 연락을 취해주시고, 연락이 안 될 경우 응급처치(절차)에 대한 권한을 귀교에 위임할 것을 동의합니다.

동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다. ☐

학부모 성명: (서명 또는 인)

<학생건강 기초 조사>

학년 반 번 성명:

항목	없음	있음 (세부사항)
현재 앓고 있는 질병이 있나요?		병명: 병의 발현시기: 질병관리상 학교에서의 주의사항:
과거에 특정 질병(심장병, 백혈병, 당뇨 등 만성질환)을 앓은 적이 있나요?		병명: 치료 경과 및 완치된 시기: 질병관리상 학교에서의 주의사항:
현재 신체적 결함이나 불편한 곳이 있나요? (척추디스크 등 근골격계 이상이나 장애 등)		신체부위: 심한 정도: 치료,교정내용:
긴급연락처	☎ 1: (학생과의 관계:) ☎ 2: (학생과의 관계:) ☎ 위 연락처 외 긴급 연락처:	
기타 당부사항		

※ 학생의 건강상태에 대해 미리 학교에 알리지 않은 경우 발생하는 문제에 대하여 학교에서는 책임을 지지 않습니다.

2022. 3. 10.

북 일 고 등 학 교 장