

독립행정법인 일본스포츠진흥센터 재해공제급부제도 가입에 대하여

○○○교육위원회

입학을 축하드립니다.

○○○교육위원회에서는○○○립○○○학교에 재학 중인 아동(학생)의 뜻하지 않은 재해에 대비하여, 독립행정법인 일본스포츠진흥센터(이하 ‘센터’라 함)와 재해공제급부계약을 체결하고 있습니다.

센터의 재해공제급부는, 학교관리 하에 자녀들이 재해를 입었을 경우, 그 치료비와 위로금을 보호자 여러분에게 지급하는 제도로, 가입시에는 사전에 보호자 여러분의 동의 하에 학생 명부를 제출합니다. 가입은 임의이며, 가입에 동의하시는 분은 아래 동의서에 기재 후, 학교장에게 제출해 주시기 바랍니다.

또한 재해공제급부의 청구 수속은 인터넷을 이용한 청구 시스템에 필요한 사항을 입력함으로써 진행되며, 개인정보취급에는 충분한 주의를 기울이고 있으므로 안심하시기 바랍니다.

급부내용 등은 독립행정법인 일본스포츠진흥센터법(이하 ‘센터법’이라 함) 또는 이에 기초하는 정령(政令), 성령(省令), 통달 등으로 정하고 있습니다. 개정될 경우에는 개정 후의 규정에 의거하며, 2012년 1월 1일 현재, 그 주된 내용은 아래와 같습니다.

아 래

1 급부 종류 및 내용 [재해공제급부의 급부 기준은 센터법 시행령 제3조에 의거합니다.]

재해 종류	재해 범위	급부 금액	
부상	그 원인이 되는 사유가 학교의 관리 하에서 일어난 것으로, 요양에 필요한 비용액이 5,000 엔(円) 이상인 경우	의료비 ● 「의료보험이 적용되는 범위에서의 요양」에 소요되는 경비의 4/10가 지급됩니다. (그중 1/10은 요양하면서 필요로 하는 비용으로서 가산된 금액) 단, 고액요양비의 대상이 되는 경우, 자기부담액(소득구분에 따라 한도액이 차이남)에서 요양에 소요되는 비용액의 1/10을 가산한 금액	
질병	그 원인이 되는 사유가 학교의 관리 하에서 일어난 것으로, 요양에 필요한 비용액이 5,000 엔(円) 이상인 경우 중, 문부과학성령(省令)으로 정하고 있는 경우 · 학교급식 등으로 인한 중독 · 가스 등으로 인한 중독 · 일사병 · 익수(물에 빠짐) · 이물질을 삼키거나 각 기관이나 장기로 미입(迷入)되어 발생하는 질환 · 옷 등으로 인한 피부염 · 외부충격 등으로 인한 질병 · 부상으로 인한 질병	● 입원시, 식사요양비의 표준부담액이 있을 경우, 그 액을 가산한 금액	
장애	학교관리 하의 부상 및 질병을 치료한 후, 남은 장애	장애위로금 3,770 만 엔(円)~82 만 엔(円) (통학중 재해는 반액)	
사망	학교관리 하에 발생한 사건으로 인한 사망 및 질병에 직접 기인한 사망	사망위로금 2,800 만 엔(円) (통학중 재해는 1,400 만 엔(円))	
	돌연사	운동 등의 행위로 인한 돌연사	사망위로금 2,800 만 엔(円) (통학중 재해는 반액)
	운동 등의 행위와 관련이 없는 돌연사	사망위로금 1,400 만 엔(円) (통학중 재해도 동일한 금액)	

(※위로금은 2005년도 이후 급부사유가 발생한 경우의 금액입니다.)

한편, ‘학교관리 하’란, 다음의 경우를 말합니다.

- ① 수업 중 (보육소 등에서의 보육 중을 포함)
- ② 학교교육계획에 근거한 과외지도 중
- ③ 휴식시간 중 및 학교에서 규정한 특정시간 중
- ④ 통상의 경로 및 방법에 의한 통학(원) 중
- ⑤ 기숙사에 있을 때 등

2 급부기준

- ① 동일 재해의 부상 또는 질병에 대한 의료비의 지급은, 초진부터 최장 10년간 실시된다.
- ② 재해공제급부를 받을 권리는, 그 급부 사유가 발생한 일로부터 2년간 행하지 않을 경우, 시효에 의하여 소멸됩니다.
- ③ 손해배상을 받았을 경우 및 다른 법령의 규정(예를 들어, 지방공공단체 조례 등에 따른 영유아 의료비조성제도·편부모가정 의료비조성제도)에 따라 받은 보상 및 급부 금액의 범위에 대해서는 급부를 실시하지 않습니다.
- ④ 생활보호법에 따라 보호를 받고 있는 세대에 속하는 의무교육에 해당하는 모든 학교 및 보육소 등의 아동 학생과 관련되는 재해는, 의료비의 급부를 실시하지 않습니다.
- ⑤ 고등학교 학생 및 고등전문학교의 학생이 자신의 고의에 따른 범죄행위에 의하여 또는 고의로 부상당하거나 질병에 걸리거나 사망했을 경우, 해당 의료비, 장애 또는 사망 관련 재해공제급부를 실시하지 않습니다.
- ⑥ 고등학교 학생 및 고등전문학교의 학생이 자신의 중대한 과실로 인하여 부상당하거나 질병에 걸리거나 사망했을 경우, 해당 장애 또는 사망 관련 재해공제급부의 일부를 실시하지 않을 경우가 있습니다.

*이는 센터의 재해공제급부제도의 개요를 기재한 것입니다.

3 공제부금(연액)

보호자 등 부담액 _____ 엔(円) (○○○교육위원회부담액 _____ 엔(円) ※부담금액은 연액입니다.

(절취선)

동 의 서

○○○교육위원회 귀중

○○ 시 ○○○ 학교 (부)
학년 반 아동학생 성명

귀 교육위원회가 독립행정법인 일본스포츠진흥센터와 체결한 재해공제급부계약에 대하여, 재학기간 중, 상기 아동학생의 가입에 동의합니다.

년 월 일

보호자 또는 후견인 성명 (인)

㉞ 건강조사표

초등학교명			초 1 반 번	초 4 반 번	중 1 반 번
중학교명			초 2 반 번	초 5 반 번	중 2 반 번
(후리가나)			초 3 반 번	초 6 반 번	중 3 반 번
성명	보호자명				
생년월일	년	월	일		
주소	TEL				

○긴급연락처< (관계) · 직장명 · 자택 · 휴대전화번호 기재> 변경한 경우에는 연락해 주십시오.

① () 명칭 에 연락	TEL 휴대전화
② () 명칭 에 연락	TEL 휴대전화
변 () 명칭 경에 연락	TEL 휴대전화

○의료기관명

내과 · 소아과	외과 · 정형외과	치과
Tel	Tel	Tel

○현재의 건강상태 및 병력 (아래 해당 항목에 ○표를 해 주십시오. 없는 경우 L표를 해 주십시오.)

항 목	초 1	초 2	초 3	초 4	초 5	초 6	중 1	중 2	중 3
1 최근 몸 상태가 나쁘다.									
2 자주 설사한다.									
3 자주 변비에 걸린다.									
4 위와 배가 자주 아프다.									
5 관절이 아플 때가 있다.									
6 두통이 잦다.									
7 환경연제를 복용하고 있다.									
8 아토피성 피부염이 있다.									
9 알레르기성 비염이 있다.									
10 알레르기성 결막염이 있다.									
11 아침에 깨우지 않으면 못 일어난다.									
12 아침 기분이 안 좋아 일어나기 힘들다.									
13 편식이 심하다.									
14 아침은 거의 거른다.									
15 차멀미를 잘 한다.									
여자 월경통이 있다. 초경 (초 · 중 년 월)									

○음식 알레르기 · 약품으로 인한 부작용 등이 있으면 기재해 주십시오.

식 품 명	나이	증 상	약 품 명	나이	증 상

보호자 귀하

학교장

건강진단 안내

자녀의 건강 유지 증진과 더욱 나은 학교생활을 위해, 잠재하고 있는 병을 조기 발견하기 위하여 아래와 같이 건강진단을 합니다. 협조해 주시길 바랍니다. (해당 항목에 √ 표가 되어있습니다.)

아래

1 검사 항목과 일시

번호	검사 항목	실시일				대상학년
		월	일	요일	시간	
<input type="checkbox"/> 1	내과 검진					
<input type="checkbox"/> 2	신체 측정					
<input type="checkbox"/> 3	치과 검진					
<input type="checkbox"/> 4	안과 검진					
<input type="checkbox"/> 5	이비인후과 검진					
<input type="checkbox"/> 6	청력 검사					
<input type="checkbox"/> 7	시력 검사					
<input type="checkbox"/> 8	소변 검사					
<input type="checkbox"/> 9	심전도 검사					

2 전달 사항

○신체 측정·내과 검진 날

※전날에는 목욕 후, 몸을 청결히 하고 손톱을 잘라 주십시오.

※혼자서 벗고 입을 수 있는 옷을 입혀 주십시오.

※겉옷과 속옷에 이름을 써 주십시오.

○치과 검진 날

※아침 식사 후, 반드시 양치질을 시켜주십시오.

○ 이비인후과 검진 날

※전날에 귀 청소를 해 주십시오.

3 기타

검사 결과에 대해서는 차후에 연락드리겠습니다.

건강 조사표 (치과용)

학년	반	성명
----	---	----

이, 잇몸, 치열, 교합, 턱관절, 치석 상태 등을 검사합니다.
 해당하는 항목에 ○표를 해 주십시오.
 학교 치과의에게 상담을 희망하는 사람은 기재해 주기 바랍니다.

I 자신의 이, 잇몸, 턱에 관한 체크 항목

- 1 . 입을 벌리거나 닫을 때 턱관절에서 소리날 때가 있습니까?
(네 · 아뇨)
- 2 . 입 벌리기가 힘들거나 벌릴 때 통증이 있습니까?
(네 · 아뇨)
- 3 . 치열이 신경쓰입니까?
(네 · 아뇨)
- 4 . 잇몸에 출혈이 있습니까?
(네 · 아뇨)
- 5 . 이가 아프거나 시렵습니까?
(네 · 아뇨)
- 6 . 음식을 삼키기 힘들 때가 있습니까?
(네 · 아뇨)
- 7 . 구취가 신경쓰입니까?
(네 · 아뇨)
- 8 . CO를 알고 있습니까?
(네 · 아뇨)
- 9 . GO를 알고 있습니까?
(네 · 아뇨)

【학교 치과의에게 상담하고 싶은 것】

보호자 귀하

학교명 _____ 년 월 일

교장명 _____

치아·구강 건강진단결과와 검진권장

_____ 학년 반 성명 _____

월 일에 실시한 치아·구강 건강진단 결과는 아래의 ○ 표 한 것과 같습니다.

이상 없음	건강진단 시, 특별한 문제는 발견되지 않았습니다. 앞으로도 이 상태를 유지하기 위하여 플루오르화물 배합 치마제를 사용한 꼼꼼한 양치질 (실이쑤시개 사용) 과 규칙바른 생활습관 (식생활) 에 신경쓰면서, 정기적으로 주치의의 지도·관리를 받아 치아·구강 건강증진에 힘쓰시다.
-------	---

【경과 관찰에만 ○ 표가 있는 사람】 은 플루오르화물 배합 치마제를 사용한 꼼꼼한 양치질 (실이쑤시개 사용) 과 규칙바른 생활습관 (식생활) 에 신경쓰면서 상태를 살펴 보시기 바랍니다. 또 한 주치의의 계속적인 지도·관리를 받아 주시길 권장합니다.

경과 관찰	CO	충치가 될 가능성이 높은 치아가 있습니다. (유치·영구치)
	GO	잇몸에 경도의 부종과 출혈이 있습니다. 치주염으로 진행될 가능성이 있습니다.
	치석 부착	양치질을 꼼꼼히 하지 않아 치석이 부착되어 있습니다.
	치열·교합·턱관절	조금 신경이 쓰이므로 주의를 기울여 살펴 봐 주시기 바랍니다.

【아래 란에 ○표가 있는 사람】 은 조속히 치료와 검사 등을 받으시기 바랍니다. 치료와 상담이 끝나면 주치의가 기록한 검진 결과를 학교에 제출해 주시기 바랍니다.

검진 권장합니다	질병이상	설 명	진찰 결과
		CO 상담 필요 (C O-S)	충치일 가능성이 높은 치아가 있습니다. (유치·영구치)
	충치(C)	구멍이 난 상태의 충치가 있습니다. (유치·영구치)	치료종료·경과관찰
	치주염(G)	치아 주위에 치석이 침착되어 있으며 치주염이 있습니다.	치료종료·경과관찰
	치석 침착	치주염은 없으나, 치아 주위에 치석이 침착돼 있습니다.	치료종료
	치열·교합 부정	고르지 못한 치열 과 부정 교 합 이 인정됩니다.	치료종료·경과관찰
	턱관절 이상	턱관절에 증상이 보여집니다.	치료종료·경과관찰
	유치 요주의	영구치가 날 부분에 유치가 남아 있는 상태입니다.	치료종료·경과관찰
	치석 부착	치아 표면과 갓 나기 시작한 어금니에 다량의 치석이 부착되어 있습니다.	치료종료·경과관찰
	기타		치료종료·경과관찰

주치의 선생님께

_____ 년 월 일

한 번 더 정밀검사 후, 치료를 부탁드립니다.

의료기관명 _____

번거로우시더라도, 치료, 상담 결과를 기입해 주시기 바랍니다.

치과의사명 _____ 인

보호자 여러분께

위에서 검진을 권장한 항목 중 ‘ 치열·교합 부정’ 의 치열교정치료는 보험 외 진료입니다.

‘ 치열·교합 부정’ 에 ○ 표가 있는 경우로 치료나 상담을 희망하지 않을 경우는 번거로우시더라도 아래 보호자 성명란에 서명하신 후 학교에 제출해 주십시오. _____ 년 월 일

‘ 치열·교합 부정을 보류 하 겠 습 니 다 .

보호자 성명 _____ 인

색각 검사

선천성 색각 이상은 남자 약 5% (20명 중 1명), 여자 약 0.2% (500명 중 1명) 비율로 나타납니다.

일상생활에는 거의 지장이 없습지만 색을 사용하는 수업 일부에 지장이 초래되기 때문에 학교생활에 있어서의 배려가 요망됩니다.

본인에게 자각이 없는 경우가 많고 보호자도 모를 경우가 많습니다. 수업이나 직업, 진로선택을 하는데 있어서 자신의 색을 식별하는 감각을 알아보는 검사는 중요합니다.

이상의 내용을 이해해 주시고 색각 검사의 희망 여부를 아래 항목에 ○표로 답해 주시기 바랍니다.

	색각 검사	○표
12	희망합니다.	
	희망하지 않습니다.	

보호자 성명 인

년 월 일

보호자 귀하

학교명
교장명

안과 검진 결과 통지

학년 반 성명

안과를 검진한 결과 자녀분은 아래의 ○표한 항목의 질환이 의심되므로 통지합니다.
치료가 끝나는데로 학급 담임에게 알려주시기 바랍니다.

	병명		병명
	만성결막염		산립종
	알레르기성 결막염		맥립종
	여포성 결막염		춘계 안염
	안검염		백내장
	안검내반증		

- 1 가능한 한 빠른 시일 내에 친찰을 받으십시오.
- 2 증상이 나타나면 검진하십시오.

진찰 결과 및 지시 사항

진단 결과 (진단명 등)		
의사 지시 사항		
수영장내 수영 (○표를 해 주십시오)	허 가	금 지

년 월 일

의료기관명

의사명

년 월 일

보호자 귀하

학교장

시력 검사 결과 통지

학년 반 성명

시력 검사 결과는 다음과 같습니다. B~D의 경우, 안과 의사의 진단을 받아 지도 혹은 치료를 받으시기 바랍니다.

A, B, C, D판정

A	...1.0이상	B	...0.9~0.7	C	...0.6~0.3	D	...0.3미만
---	----------	---	------------	---	------------	---	----------

나안 시력	우 () 좌 ()	안경 등 착용 시	우 () 좌 ()
-------	-------------	-----------	-------------

☆ 그리고 검사 결과는 반드시 담당 교사에게 알려주시기 바랍니다.

전문의 진단 결과

	우	좌
나안 시력	()	()
교정 시력	()	()
검진 결과	정시 원시 난시 약시 근시 조절경련 기타 ()	정시 원시 난시 약시 근시 조절경련 기타 ()
치료·경과 관찰	(필요 · 불필요) [개월 후]	
의사의 지시사항	점안 (필요 · 불필요) 안경 (필요 · 불필요 · 갱신 · 경과관찰) 안경 착용 시기 (항상 · 수업중) 기타 ()	

상기의 진찰을 하였음을 증명합니다.

년 월 일

의료기관명

의사명

인

보건조사표 (초등학교 이비인후과용)

학년 반 번 이름

이 조사표는 이비인후과 의사가 학교에서 검진할 필요가 있는지 없는지의 여부를 판정하기 위한 참고자료입니다. 가족이나 자신이 알고 있는 사항으로 해당되는 번호에 ○표를 해주십시오.

1. 앞으로 3개월 이내로 이비인후과에 통원할 예정이다. (병명)
2. 잘 들리지 않는 듯하다.
3. 1년 내내, 재치기, 콧물, 코막힘으로 고생한다.
4. 항상 입을 벌리고 있다.
5. 매일같이 코를 심하게 곤다.
6. 목이 쉬어 있는 상태다.
7. 발음이 이상하다.
8. 위 (1에서7) 에 해당 항목이 없다.

[보호자는 기재하지 마십시오.]

학교 기재란 (학교 담임 등이 알고 있는 사항)	검 사 결 과																						
<ol style="list-style-type: none"> 1. 잘 들리지 않는 듯하다. 2. 코를 자주 만진다. 3. 자주 콧물을 흘쩍거린다. 4. 수업 중 (특히 아침) 에 졸려 보일 때가 많다. 5. 입을 자주 벌리고 있다. 6. 목이 쉬어 있는 상태다. 7. 발음이 이상하다. 8. 청력검사 이상 (·우·좌·양쪽·1000·4000Hz) 9. 작년 결석 1주일 이상 (발열, 목의 통증으로 인함) 10. 작년, 정밀검사 필요 이비인후과 보고서 미제출 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">A 1 난청 가능성</td> <td style="width: 50%;">C 1 아데노이드 의혹</td> </tr> <tr> <td>A 2 이구전색</td> <td>C 2 편도비대</td> </tr> <tr> <td>A 3 삼출성 중이염</td> <td>C 3 편도염</td> </tr> <tr> <td>A 4 만성중이염</td> <td>C 4 음성 이상</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C 5 언어 이상</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B 1 만성비염</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B 2 알레르기성 비염</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B 3 부비동염 (축농증)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B 4 비중격만곡증</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D기타 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">E 이상 없음</td> </tr> </table>	A 1 난청 가능성	C 1 아데노이드 의혹	A 2 이구전색	C 2 편도비대	A 3 삼출성 중이염	C 3 편도염	A 4 만성중이염	C 4 음성 이상		C 5 언어 이상	B 1 만성비염		B 2 알레르기성 비염		B 3 부비동염 (축농증)		B 4 비중격만곡증		D기타 ()		E 이상 없음	
A 1 난청 가능성	C 1 아데노이드 의혹																						
A 2 이구전색	C 2 편도비대																						
A 3 삼출성 중이염	C 3 편도염																						
A 4 만성중이염	C 4 음성 이상																						
	C 5 언어 이상																						
B 1 만성비염																							
B 2 알레르기성 비염																							
B 3 부비동염 (축농증)																							
B 4 비중격만곡증																							
D기타 ()																							
E 이상 없음																							

보건조사표 (중학교 이비인후과용)

학년 반 번 이름

이 조사표는 이비인후과 의사가 학교에서 검진할 필요가 있는지 없는지의 여부를 판정하기 위한 참고자료입니다. 가족이나 자신이 알고 있는 사항으로 해당되는 번호에 ○표를 해주십시오.

1. 앞으로 3개월 이내로 이비인후과에 통원할 예정이다. (병명)
2. 현기증이 날 때가 있다. (주 : 일어섰을 때 느끼는 현기증이 아님)
3. 1년 내내, 재치기, 콧물, 코막힘으로 고생한다.
4. 끈끈한 콧물이 나고 목에 자주 걸린다.
5. 코가 자주 막힌다.
6. 냄새를 잘 맡을 수 없다.
7. 목이 쉬어 있는 상태다.
8. 위 (1에서7) 에 해당하는 항목이 없다.

[보호자는 기재하지 마십시오.]

학교 기재란 (학교 담임 등이 알고 있는 사항)	검 사 결 과
<ol style="list-style-type: none"> 1. 청력검사 이상 (·우·좌·양쪽·1000·4000Hz) 2. 작년, 정밀검사 필요 이비인후과 보고서 미제출 3. 검진이 필요하다. (이유 : ○ 잘 들리지 않는다.) ○ 입을 자주 벌리고 있다. ○ 발음이 이상하다. ○ 기타 	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> A 1 난청 가능성 A 2 이구전색 A 3 삼출성 중이염 A 4 만성중이염 B 1 만성비염 B 2 알레르기성 비염 B 3 부비동염 (축농증) B 4 비중격만곡증 D 기타 () E 이상 없음 </div> <div style="width: 45%;"> C 1 아데노이드 의혹 C 2 편도비대 C 3 편도염 C 4 음성 이상 C 5 언어 이상 </div> </div>

년 월 일

보호자 귀하

학교장

이비인후과 검진 결과 통지

학년 반

이비인후과 검진 결과, ○표시가 된 항목의 질환이 우려가 됩니다. 가능한 한 빠른 시일 내에 이비인후과 전문의사의 진찰을 받으시기 바랍니다. 진찰을 받으신 분은, 하기의 진찰 결과를 학교에 제출해 주시기 바랍니다.

- 이 구 전 색 : 고막이 안보일 정도로 귀지가 쌓여 있습니다. 이 상태로 수영을 하면 외이염을 일으키기 쉽습니다. 수영을 시작하기 전에 이비인후과에서 치료를 받으십시오.
- 만성 중이염 : 고막에 구멍이 나 있어서, 귀고름이 나오기도 하고 듣기 어려운 상태입니다. 수영을 시작하기 전에 치료를 받으십시오.
- 삼출성 중이염 : 귀고름이나 아픔은 별로 없습니다만, 잘 들리지 않게 됩니다.
- 난청 가능성 : 난청의 정도나 원인을 조사해 주십시오.
- 알레르기성 비염 : 재채기, 콧물, 코막힘이 주된 증상으로, 집중력의 저하나 수면 장애를 초래하기도 하고 성장이 늦어질 수도 있습니다. 꽃가루 알레르기도 그 증상 중의 하나입니다.
- 부 비 동 염 : 축농증을 말합니다. 코막힘, 끈끈한 콧물, 두통 등을 초래합니다.
- 비중격만곡증 : 교체성 코막힘이 특징적인 증상으로, 코피와 두통 등을 유발하기 쉽습니다.
- 만성 비염 : 코막힘, 콧물 등의 증상이 있습니다. 계속되는 감기나 경도의 축농증일 수도 있습니다.
- 편 도 염 : 만성적인 염증이 있으며, 발열이나 목의 통증이 반복되기 쉽습니다.
- 편 도 비 대 : 경도의 호흡 장애나 큰 음식을 삼키기 곤란해집니다. 코골이, 수면시 무호흡의 원인이 될 수 있습니다.
- 아데노이드 : 코 뒤쪽에 위치한 편도선이 크며, 코막힘, 코골이, 수면시 무호흡, 반복성 중이염 등의 원인이 될 수 있습니다.
- 음성 이상, 언어 이상 : 쉼 목소리를 내거나 말에 이상이 있습니다

진찰 결과

학년 반 이름

진단 결과

처치 (1) 이대로 상태를 본다 (2) 현재 치료 중 (3) 치료 종료 (4) 기타

수영 (1) 허가 (2) 귀마개 사용으로 허가 (3) 기타

연락사항

년 월 일

의사명 _____

출석 정지 통지서

학년 반 이름

다음과 같은 이유로 인해 출석을 정지함을 알려드립니다.

1 출석 정지 이유

- 인플루엔자 (독감) 유행성이하선염 수두 풍진
- 기타 (용련균감염증)

2 출석정지기간

____년 ____월 ____일 ~ 의사의 허가가 있을 때까지

3 기타 참고가 될 사항

____년 ____월 ____일

보호자 귀하

학교장 인

등교 허가원

학교장 귀하

- 병명 인플루엔자 (독감) 유행성이하선염 수두 풍진
- 기타 (용련균감염증)

학년 반 이름

상기의 전염병이 많이 좋아졌음을 인정하였기에, ____월 ____일부터 등교 허가를
부탁합니다.

____년 ____월 ____일

의료기관명

의사명 인

※이 허가원을 가지고 등교하여 주십시오.

질문 3 가와사키병에 걸린 적이 있습니까? (예 아니오)

「예」라고 답하신 분은 1) ~3) 의 질문에 답해 주십시오.

1) 언제, 어디에서 검진을 받았습니까? (세 개월 경) 의료기관명 : _____

2) 심장초음파 검사 결과는?
 a 이상없음 b 일시적으로 관동맥이 부었음 c 현재도 관동맥병변(病變)있음 d 검사를 받지 않았음

3) 현재 상태는?
 a 정기적으로 의료기관에서 진찰을 받고 있음
 현재 의료기관명 : _____ (회 / 년) 통원중 관리구분 : A B C D E (가능 금지)
 b 정기적인 진찰이나 치료가 필요하다고 들었으나, 진찰을 받고 있지 않음
 c 검사 결과 ‘ 관리 불필요 ’ 로 종료되었음 _____ 년 월경 의료기관명 : _____

질문 4 가족이나 친척 중, 40 세 이하의 나이로 심장 질환이 원인으로 돌연사 혹은 원인불명으로 돌연사 한 사람이 있습니까?

(예 아니오)

질문 3 가와사키병에 걸린 적이 있습니까? (예 아니오)

「예」라고 답하신 분은 1) ~3) 의 질문에 답해 주십시오.

1) 언제, 어디에서 검진을 받았습니까? (세 개월 경) 의료기관명 : _____

2) 심장초음파 검사 결과는?
 a 이상없음 b 일시적으로 관동맥이 부었음 c 현재도 관동맥병변(病變)있음 d 검사를 받지 않았음

3) 현재 상태는?
 a 정기적으로 의료기관에서 진찰을 받고 있음
 현재 의료기관명 : _____ (회 / 년) 통원중 관리구분 : A B C D E (가능 금지)
 b 정기적인 진찰이나 치료가 필요하다고 들었으나, 진찰을 받고 있지 않음
 c 검사 결과 ‘ 관리 불필요 ’ 로 종료되었음 _____ 년 월경 의료기관명 : _____

질문 4 가족이나 친척 중, 40 세 이하의 나이로 심장 질환이 원인으로 돌연사 혹은 원인불명으로 돌연사 한 사람이 있습니까?

(예 아니오)

결핵 정밀검사 검진표

기입일 : 년 월 일

이름				보호자 이름			
생년월일	년	월	일	학년		나이	
주 소						전화번호	
현재 건강 상태							
자신 또는 가족의 결핵 병력의 유무							
자신의 호흡기계 질환 병력							
투베르쿨린	년	월	일	판정	+	-	(× mm)
반응경력	년	월	일	판정	+	-	(× mm)
	년	월	일	판정	+	-	(× mm)
	년	월	일	판정	+	-	(× mm)
	년	월	일	판정	+	-	(× mm)
BCG접종경력			있음 없음				
최종 접종일			년	월	일		

주의

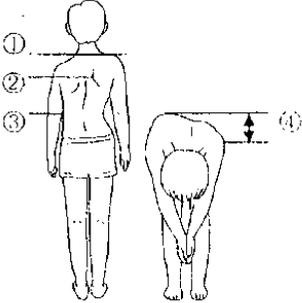
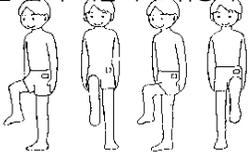
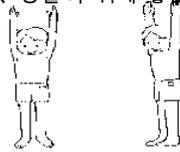
- 자신의 현재 건강 상태에 대해서, 열, 기침, 가래, 나른함, 두통 등의 유무를 검진일 당일에 알 수 있도록 해 두십시오.
- 투베르쿨린 반응 경력은, 투베르쿨린 주사 실시일을 기재해 주십시오. 판정은, 이중발적이 있으면 그 내경, 수포등이 있으면 그 내용을 기재해 주십시오.
- BCG접종 경력, BCG접종일에 있어서, 영유아기는 모자수첩 등을 확인해 주십시오.
- 검사 당일에는, 이 검진표와 모자수첩을 지참해 주십시오.

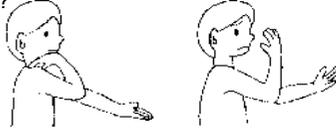
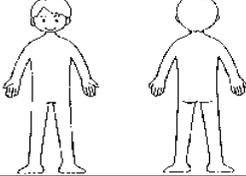
운동기 검진 보건 조사표

학년 반 번 이름

남 · 여

※보호자께 · · · 굵은 선 안에만 기재해 주십시오. 해당하는 번호 등에 ○표를 해 주십시오.

현재 하고 있는 운동 (발레, 댄스포함) : 없음 있음 (스포츠명) 운동 경력 년		
1) 척추 측만증에 대하여	보호자 기재란	검진 시 기재란
	네 부분 체크 요령 ① 양쪽 어깨 높이에 차이가 있다 ② 양쪽 견갑골의 높이·위치에 차이가 있다 ③ 좌우 옆구리의 휘는 정도에 차이가 있다 ④ 앞으로 굽혔을 때 좌우 등 높이에 차이가 있다	【이상소견】 있음
2) 다음 해당 사항에 체크해 주십시오.		
몸을 앞으로 굽히거나 뒤로 젖혔을 때 허리에 통증이 있습니까? 	【앞으로 굽힘】 ① 안 아프다 ② 아프다 【뒤로 젖힘】 ① 안 아프다 ② 아프다	【이상소견】 있음
5 초 이상 한발 서기 (좌우 교대로 해 주십시오) 하면 몸이 기울거나 휘청거리지 않습니까? 	【왼발 서기】 ① 이상 없음 ② 휘청거림 ③ 설 수 없음 【오른발서기】 ① 이상없음 ② 휘청거림 ③ 설 수 없음	【이상소견】 있음
찞그리고 앓음 발바닥을 전부 바닥에 대고 찞그리고 앓을 수 있습니까? 	① 앓을 수 있다 ② 앓을 수 없다	【이상소견】 있음
만세했을 때, 양팔이 귀에 닿습니까? 	왼팔 ① 닿는다 ② 닿지 않는다 오른팔 ① 닿는다 ② 닿지 않는다	【이상소견】 있음

손바닥을 위로 향해서 팔을 뻗었을 때 똑바로 뻗을 수 없거나 굽혀지지 않는 (손가락이 어깨에 닿지 않는다) 경우는 없습니까? 	왼쪽 팔꿈치 ① 이상 없음 ② 완전히 굽혀지지 않는다 ③ 똑바로 뻗을 수 없다 오른쪽 팔꿈치 ① 이상 없음 ② 완전히 굽혀지지 않는다 ③ 똑바로 뻗을 수 없다	【이상소견】 있음
3) 몸의 신경 쓰이는 부위는 어디입니까?		
뼈·관절·근육 등 증상이 있는 부위에 ○표를 하고 그 증상에 대해서 구체적으로 써 주십시오. 	【증상】	【이상소견】 있음
4) 그 밖에 몸이나 손·발에 신경쓰이는 것이 있으면 자유롭게 써 주십시오.		
5) 현재, 위 질문 항목에 대해서 치료받고 있다. 아니요·네 (질병명)		

※아래 란은 기재하지 마십시오.

【 정밀검사지시 있음 · 없음 】

검진 결과 통보

95

보호자 귀하

년 월 일

학교장

운동기 검진 결과, 정형외과에서 검진하고 정밀검사 등을 받기를 권장합니다. 검진 결과를 아래에 기재하신 후, 학교에 제출해 주시기 바랍니다.

* 검진할 때에는 이 운동기 검진 보건 조사표와 보험증 (있으신 분) 등을 반드시 지참해 주십시오.

진 단 결 과

진단명 ()
 앞으로의 지도 등 ()
 년 월 일
 진단의사 성명

학교생활 가이드북
-초등학교·중학교 편-

2018년 3월

편집·발행 **돗토리현 교육위원회사무국 인권교육과**

〒680-8570 **鳥取市東町 1丁目 271番地**

전 화 **0857 - 26 - 7534 (직통)**

홈페이지 <http://www.pref.tottori.jp/kyouiku/jinkenkyouiku/index.htm>