새로운 생각 키우기
올바른 마음 가꾸기
튼튼한 체력 기르기

# 대성 가정 통신

대성초 2019 - 호
전화 : 031-584-0621
FAX : 031-584-9226

## 신입생 및 전입생 알레르기 질환 유병 조사

안녕하십니까?

본교는 「아토피· 천식 안심학교」학교입니다. 아토피· 천식 안심학교란? 천식이나 아토피 피부염, 알레르기 비염이 있는 학생들을 중심으로 학생 보호자, 학교, 지역사회(보건소)가 하나가 되어 알레르기 질환을 관리하고 응급상황에 대처할 수 있도록 하여 궁극적으로는 학교생활에 어려움이 없도록 도와주는 프로그램입니다. 최근 환경의 변화 및 학생 면역력 약화로 아토피 피부염, 천식 등 알레르기질환이 크게 증가하고 있습니다. 이에 우리 학교에서는 알레르기질환의 적절한 예방과 관리를 위해 올 신입생과 전입생을 대상으로「가평군 보건소의 위탁을 받아 **“알레르기 질환 유병조사”**를 아래와 같이 실시하려고 합니다.

보내드리는 설문지는 부모님께서 자녀에 대한 질문에 대해 답하시는 문항으로 구성되어 있고, 지역사회 기관단체인 가평군 보건소로 발송되며, 조사 결과는 알레르기 질환이 있는 학생의 선별 및 관리목적과 보습제 등 지원 이외에는 절대로 사용되지 않을 것입니다. 알레르기 질환을 가진 학생이 안심하고 생활할 수 있는 학교 환경을 조성하기 위해, 부모님의 소중한 답변 부탁드립니다.

⇒ 2019년 아토피 · 천식 안심학교 유병조사 표준 설문지를 보내드리오니 빠짐없이 기록하여 **3월 13일(수요일)까지 담임 선생님에게 제출**하여 주시기 바랍니다.

**2019년 03월 08일**

**대 성 초 등 학 교 장**

# 아토피·천식 안심기관 알레르기 질환 유병조사지

우리 학교에서는 알레르기 질환의 적절한 예방과 관리를 위하여 「아토피 ·천식 안심학교」를 운영하고 있습니다. 이와 관련하여 보건소와 연계하여 입학생 및 전입생을 대상으로 "알레르기 질환 유병조사"를 아래와 같이 실시하려고 합니다.

* 정보제공에 동의하는 ☑사항에 하시기 바랍니다.

**본 동의서는**

○ 교내 알레르기 질환 학생 선별을 위해 「아토피·천식 안심학교」알레르기 질환 조사에 참여하여 보건소로 개인정보 및 설문조사 결과 자료를 제공하는 것과, 설문조사 결과자료를 질병관리본부, 시·도, 광역 아토피·천식 교육정보센터, 사회보장정보원에 제공하는 것에 대해 동의를 구하는 것입니다.

※ 수집된 정보는 보건소의 안심학교 지원 및 통계용으로만 활용됩니다. 또한 개인을 구별할 수 있는 정보가 발표되거나 공개되지 않습니다.

※ 설문에 대한 참여는 조사대상자의 자발적인 동의하에 이루어집니다. 조사대상자는 조사문항에 따라 응답을 거부할 수 있으며, 응답거부에 따른 불이익은 없습니다.

* 보건소 안심학교 지원서비스 : 알레르기 질환 교육 및 홍보, 취약계층 대상 알레르기 질환 검사비, 약제비 및 보습제 지원 등

**○ 귀하는 상기내용을 충분히 이해하고 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?**

**동의함 □ 동의하지 않음 □**

**2019년 3월 8일 대성초등학교장**

## 1. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

○ 귀하는 아래와 관련된 사항을 시·도 및 보건소와 질병관리본부, 광역 아토피·천식 교육정보센터, 사회보장정보원 등 제3자에게 제공하는 것을 동의하십니까?

① 정보 활용기관 : 시·도 및 보건소, 질병관리본부, 광역 아토피·천식 교육정보센터, 사회보장정보원

② 개인정보제공 목적 : 원아의 알레르기 질환 선별 및 관리, 질환(의심)자에 대한 지자체의 각종 서비스 지원

③ 제공하는 개인정보 항목

- 성명, 나이 등 개인식별정보와 설문조사 결과자료 : 어린이집 → 보건소
- 설문조사 결과자료 : 보건소 → 질병관리본부, 시·도, 광역 아토피·천식 교육정보센터, 사회보장정보원

④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 2년

⑤ 개인정보 파기 기간 : 이용기간 만료 시점(2020. 12. 31.)

⑥ 귀하는 개인정보를 제3자에게 제공 하는 것에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 안심학교 지원서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

**동의함 □ 동의하지 않음 □**

## 2. 민감정보의 처리에 관한 동의

○ 수집한 개인의 설문조사 결과는「개인정보보호법」제23조의 민감정보에 해당됨으로 목적 외의 용도로는 사용되지 않으며, 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다. 귀하는 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 이 경우에는 보건소 안심학교 지원서비스 제공 대상에서 제외될 수 있습니다.

민감정보의 처리에 동의하십니까? **동의함 □ 동의하지 않음 □**

**전체 동의함 □**

**2019년 3월 일**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 동의자 | 성명 | (서명) | | |
| | 법정대리인 | (서명) | 학생관의 관계 | |

※ 본 설문지는 '지역사회 천식 유병양상 파악을 위한 표준조사서 및 해설서 개발' 연구결과보고서를 바탕으로 작성되었습니다.

**가평군 보건소장**

☞ 뒷면도 꼭!! 체크해주세요.

▶ 기관명 : 대성초등학교

▶ 학년/반/번호 :

▶ 학생성명 : ▶ 설문참여일 : 2019.3.

1. 자녀가 태어나서 지금까지 의사로부터 “천식”으로 진단 받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오.

2. 자녀가 지난 12개월 동안 “천식”으로 진단 받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오.

3. 자녀가 지난 12개월 동안 “천식”으로 치료를 받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오.

4. 자녀가 태어나서 지금까지 어느 때라도 숨 쉴 때 가슴에서 쌕쌕거리는 소리나 휘파람 소리가 난 적이 있었습니까? □ 예 ( 회) □ 아니오.

5. 자녀가 지난 12개월 동안 “천식” 악화로 응급실을 방문하거나 입원한 적이 있었습니까?
□ 예( 회) □ 아니오.

6. 자녀가 태어나서 지금까지 “알레르기비염”으로 의사로부터 진단받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오. □ 모름, 무응답

7. 자녀가 태어나서 지금까지 “아토피피부염”( ‘태열’ 또는 ‘습진’이라고도 함)이라고 의사로부터 진단 받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오. □ 모름, 무응답

8. 자녀가 지난 12개월 동안 가려운 피부증상(습진, 발진)이 팔꿈치 안쪽이나 무릎 뒤쪽 접히는 부위에 재발하여 발생한 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오. □ 모름, 무응답

9. 자녀가 태어나서 지금까지 “식품 알레르기”가 있다고 의사로부터 진단 받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오.

10. 자녀가 태어나서 지금까지 의사로부터 “아나필락시스(알레르기쇼크)”로 진단 받은 적이 있었습니까?
□ 예 □ 아니오.

11. 자녀가 지난 12개월 동안 “아나필락시스(알레르기 쇼크)” 로 응급실을 방문하거나 입원한 적이 있었습니까?
□ 예( 회) □ 아니오.

**♠설문에 응답해 주셔서 감사합니다.♠**