

학생 이름: _____ 생년월일: _____ 학년: _____ 학년도: _____

다음 정보는 학교에서 자녀에게 특별한 필요 사항이 있는지를 판단하는 데 도움이 됩니다. 질문에 최선을 다해 답변해주시고, 본 양식을 학교 간호사에게 제출해 주시기 바랍니다.

천식/과민성

1. 학생이 천식을 앓은 지 얼마나 되었습니까? _____ 진단은 언제? _____
2. 학생이 다음을 겪은 적이 있거나 과거 이력이 있습니까?

• 갑작스러운 심한 천식 발작? ☐ 아니오 ☐ 네	• 이전에 ICU에 입원한 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네
• 천식 증상 때문에 911에 전화했습니까? ☐ 아니오 ☐ 네	• 이전에 병원에 입원한 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네
• 이전에 삼관/기계적 인공호흡을 받은 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네	• 경구 스테로이드 사용? ☐ 아니오 ☐ 네

*만약 위 질문 중 하나라도 네로 답변하셨다면, 설명해 주십시오.
3. 학생이 천식이나 알레르기로 인해 전문의를 만난 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네
4. 알레르기 검사를 했습니까? ☐ 아니오 ☐ 네, 언제 검. _____ 양성 알레르기 유발 물? _____
5. 천식 외에 저희가 알아야 할 다른 의학적 상태가 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네 (예: 아나필락시스, 알레르기, 심장, 호흡기, 정신 건강 문제) 만약 있다면 설명해 주십시오.

천식 프로필

6. 정도: 학생의 증상을 적절히 설명하는 항목에 체크하십시오.

	정도	증상	단기 작용 흡입기 사용	야간 증상
☐	경미하면서 간헐적	- 일주일에 2일 이하 - 정상적인 활동에 방해되지 않음	일주일에 2일 이하	한 달에 2회 이하
☐	경미하면서 지속적	> 매일은 아니고 일주일에 2일 - 정상 활동에 대한 약간의 제한	> 매일은 아니고 주 2일	한 달에 3-4번
☐	보통이고 지속적	- 매일 나타나는 증상 - 정상 활동에 대한 어느 정도의 제한	매일	> 매일 밤은 아니고 일주일에 한 번
☐	심각하면서 지속적	- 하루 종일 - 정상 활동에 대한 극심한 제한	하루에 여러 번	자주, 때로는 매일 밤

7. 지난 1년 동안, 학생이 몇 번이나 다음의 경험을 했습니까?

	없음	한 번	2~4	>4
• 천식으로 하룻밤 이상 입원했음:	☐	☐	☐	☐
• 응급실에서 치료를 받음:	☐	☐	☐	☐
• 비일상적인 천식으로 인해 의사 진료를 받음:	☐	☐	☐	☐
• 천식 악화에 대한 스테로이드 처방을 받음:	☐	☐	☐	☐
• 천식 관련 증상으로 인해 학교에 결석했음:	☐	☐	☐	☐

8. 원인: (모든 관련 항목 체크)

☐ 운동 ☐ *학생의 천식은 오직 운동에 의해서만 발생합니다	☐ 호흡기 감염
☐ 알레르기 유발 물질: ☐ 집먼지진드기 ☐ 꽃가루 ☐ 잔디 ☐ 나무 ☐ 곰팡이 ☐ 애완동물 비듬 ☐ 음식:	☐ 날씨: ☐ 차가운 공기 ☐ 날씨 변화
☐ 공기 자극 물질: ☐ 담배 연기 ☐ 대기 오염 ☐ 먼지	☐ 강한 감정 ☐ 스트레스 ☐ 웃음
☐ 산물 연기 ☐ 강한 냄새/증기/향기	☐ 기타: _____

9. 증상: (모든 관련 항목 체크)

초기 증상:

- | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 기침 | ☐ 지속적인 기침 | ☐ 쌉쌉거리는 소리 | ☐ 운동 감소 | ☐ 숨이 가쁨 |
| ☐ 가슴이 답답함 | ☐ 가렵고 눈물이 나는 눈 | ☐ 가려운 목과 턱 | ☐ 코막힘/콧물 | ☐ 과민성 |
| ☐ 식욕 감소 | ☐ 피로 | ☐ 두통 | ☐ 복통 | ☐ 행동 변화 |
| 최대 호흡량 감소: _____ | | 기타: _____ | | |

심각한 증상:

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--|
| ☐ 숨이 가쁨 | ☐ 끊임없는 기침 | ☐ 기침으로 인한 구토 | ☐ 숨을 들이쉬고 내쉴 때 쌉쌉거림 |
| ☐ 빠른 호흡 | ☐ 가슴이 답답함 | ☐ 가슴/목 근육 당김 | ☐ 완전한 문장으로 말할 수 없음 |
| ☐ 콧날개 떨림 | ☐ 불안/두려움 | ☐ 땀나고 축축한 피부 | ☐ 피부색 변화 |
| ☐ 피로 | ☐ 점액 토하기 | ☐ 최대 호흡량 감소: _____ | ☐ 기타: _____ |

천식 영향 (지난 1년 기준)

10. 학생이 증상을 얼마나 자주 보입니까? 낮: _____ 횡수/주 밤: _____ 횡수/주

11. 학생의 수면이 천식 증상으로 인해 방해받고 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네

12. 학생이 천식 때문에 신체 활동을 제한하거나 조절합니까? ☐ 아니오 ☐ 네, 설명해 주십시오. _____

천식 치료 및 관리

13. 학생이 집에서 천식 증상을 관리하기 위해 어떤 조치를 취하고 있습니까? (모든 관련 항목 체크)

☐ 약물 치료 ☐ 휴식/휴식 ☐ 수분 섭취 ☐ 호흡 운동 ☐ 한방 치료 ☐ 기타: _____

14. **약물 및 치료 계획:** 학생이 천식과 알레르기를 위해 복용하고 있는 약물을 모두 나열해 주십시오.

약물 명칭	복용량	시간	이유	복용 장소
		☐ 매일 (시간: _____) ☐ 필요시		☐ 집 ☐ 학교*
		☐ 매일 (시간: _____) ☐ 필요시		☐ 집 ☐ 학교*
		☐ 매일 (시간: _____) ☐ 필요시		☐ 집 ☐ 학교*

*학교에 보관된 모든 약물은 의료 서비스 제공자와 학부모가 서명한 별도의 약물 승인서가 필요합니다.

15. 학생이 응급용 또는 필요시 사용하는 흡입기(예: 알부테롤, 심비코트, 돌레라)를 마지막으로 사용한 것은 언제였습니까? 사용 이유는 무엇이었습니까? _____

16. 학생은 응급용 또는 필요시 사용하는 흡입기(예: 알부테롤, 심비코트, 돌레라)를 얼마나 자주 사용합니까?

낮: _____ 주당 밤: _____ 주당

17. 학생이 운동 유발 천식을 앓고 있다면, 운동 (예: 운동, 쉬는 시간, 체육 등) 전에 흡입기를 사용합니까? ☐ 아니오 ☐ 네 ☐ 해당 사항 없음

☐ 가끔, 설명해 주십시오. _____

18. 학생이 최대 유량계를 사용합니까? ☐ 아니오 ☐ 네

학교 계획

19. 학생이 학교에서 천식 관련 건강 보험에 가입한 적이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네

20. 학교에 보관할 약물을 제공할 계획입니까? ☐ 아니오 ☐ 네* *의료 서비스 제공자가 서명한 약물 처방서 필요

21. 다음 목록 중 학교에 제공해 줄 수 있는 물품이 있습니까? ☐ 스페이서 (권장) ☐ 네블라이저 ☐ 최대 유량 ☐ 비상 의약품/용품

22. 학생의 약물 복용 독립성 수준은 어느 정도입니까?

☐ 완전히 독립적 ☐ 성인 지도 하에 자가 복용 ☐ 성인이 약물을 제공

23. 자녀가 학교에서 응급용 흡입기를 휴대하도록 허용할 계획이십니까? ☐ 아니오 ☐ 네*

*최종 결정은 의료 서비스 제공자, 학부모, 간호사의 승인과 학생의 발달 수준 고려 사항에 따라 달라집니다.

24. 학생이 천식 증상이 있음을 알고 약물 치료나 도움이 필요하다는 것을 인지할 수 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네

25. 학교 환경에서 학생의 필요 사항은 무엇입니까? (모든 관련 항목 체크)

☐ 휴식 시간 또는 체육 시간 변경 ☐ 운동을 위한 사전 약물 복용* ☐ 약물 부작용에 대해 관찰하기
☐ 무료로 물 이용 ☐ 특정 음식 피하기 ☐ 특별한 현장 학습 계획이 필요함
☐ 학교에서 동물 피하기 ☐ 강한 냄새 피하기

*의료 서비스 제공자의 증빙 서류 제출 및 학교 간호사의 후속 조치 필요

26. 학생이 이번 학년도에 방과 후 스포츠나 활동에 참여하고 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네*, 무엇입니까? _____

*학부모/보호자는 학생의 건강 상태를 담당 교직원에게 알려야 합니다.

*ESD 시설의 비학교 후원 프로그램은 학교에 보관된 약물을 이용할 수 없습니다.

돌봄 조정

27. 현재 어떤 의료 서비스 제공자가 학생의 천식을 관리하고 있습니까? _____

28. 학생이 건강 보험에 가입되어 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네, 어떤 보험입니까? _____

29. 천식 약물을 구하거나 의료 서비스 제공자와 연결되는 데 어려움이 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네, 설명해 주십시오. _____

학부모/보호자 서명: _____ 관계: _____ 날짜: _____