

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

본 양식은 학생의 천식 상태에 대한 최신 정보를 얻기 위한 것입니다. 가능한 한 최선을 다해 답변해 주시고, 본 양식을 학교 간호사에게 제출해 주십시오.

1. 올해 학생에게 천식 악화 증상이 있었습니까? (예: 응급 진료소 또는 응급실 방문, 입원, 911 신고 등)
☐ 아니오 ☐ 네, 설명해 주십시오.

2. 지난 한 해 동안 학생의 천식에 대한 변화가 있었습니까? (예: 원인이나 증상, 의료 서비스 제공자, 새로운 약물 등)
☐ 아니오 ☐ 네, 설명해 주십시오.

3. 지난 1년 동안, 학생이 몇 번이나 다음 경험을 했습니까?
- | | 없음 | 한 번 | 2~4 | >4 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 천식으로 하룻밤 이상 입원했음: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| b. 응급실에서 치료를 받음: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| c. 비일상적인 천식으로 인해 의사 진료를 받음: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| d. 천식 악화에 대한 스테로이드 처방을 받음: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| e. 천식 관련 증상으로 인해 학교에 결석했음: | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

"없음"보다 많다면, 설명해 주십시오.

4. 현재 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 ☐ 산불 연기 ☐ 강한 냄새/증기/향기	☐ 강한 감정 ☐ 스트레스 ☐ 웃음 ☐ 기타:

5. 학생의 일반적인 천식 증상에 변화가 있었습니까? ☐ 아니오 ☐ 네, 설명해 주십시오.

천식 영향 (지난 1년 기준)

6. 학생이 증상을 얼마나 자주 보입니까? 낮: _____ 횟수/주 밤: _____ 횟수/주
7. 학생의 수면이 천식 증상으로 인해 방해받고 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네
8. 학생이 천식 때문에 신체 활동을 제한하거나 조절합니까? ☐ 아니오 ☐ 네, 설명해 주십시오.

천식 치료 및 관리

9. 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.

10. 자녀에게 필요시 사용하는 응급용 흡입기(예: 알부테롤, 심비코트, 돌레라)가 있다면 얼마나 자주 사용합니까?

낮: _____ 주당 밤: _____ 주당

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

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

학교 계획 (연말에 본 양식을 받으시면 다음 학년도를 염두에 두고 작성해 주십시오.)

13. 학교에 보관할 약물을 제공하시겠습니까? ☐ 아니오 ☐ 네*

*매 학년도마다 의료 서비스 제공자와 학부모가 서명한 새로운 약물 투여 승인서가 필요합니다.

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

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

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

16. 학생이 천식 증상이 있음을 인지하는 데 있어 독립성 수준은 어느 정도입니까?

☐ 완전히 독립적 ☐ 증상 파악에 도움이 필요함 ☐ 성인에게 완전히 의존함

17. 학생의 약물 복용 독립성 수준은 어느 정도입니까?

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

18. 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

19. 학생이 이번 학년도에 방과 후 스포츠나 활동에 참여할 예정입니까? ☐ 아니오 ☐ 네*, 무엇입니까?

*학부모는 학생의 건강 상태를 담당 교직원에게 알려야 합니다.

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

동복 조정

20. 현재 어떤 의료 서비스 제공자가 학생의 천식을 관리하고 있습니까?

21. 학생이 건강 보험에 가입되어 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네*, 어떤 보험입니까?

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

23. 건강 상태에 변화가 있거나 새로운 의료 정보가 있습니까? ☐ 아니오 ☐ 네 (예: 아나필락시스, 알레르기, 심장 질환, 호흡기 질환, 정신 건강 문제)
만약 있다면 설명해 주십시오.

학부모/보호자 서명: _____

관계: _____

날짜: _____