

학교 보건서비스 프로그램(SHSP)은 수업일 중에 자녀에게 양질의 학교 간호 서비스를 제공하고자 최선을 다하고 있습니다. 잠시 시간을 내어 본 설문조사를 작성해 주시기 바랍니다. 제공해 주신 피드백과 의견을 소중히 여기며 이는 기밀로 유지됩니다.

1. 학기가 시작된 이후 자녀가 보건실을 얼마나 자주 방문했습니까?
 - a. 매일 또는 더 자주
 - b. 주 2~5 회
 - c. 주 1 회
 - d. 월 1 회
 - e. 월 1 회 미만
 - f. 전혀 없음

2. 다음 진술에 대한 얼마나 동의하거나 동의하지 않는지 알려주시기 바랍니다.
(각 진술에 대해 하나의 응답 선택)

	매우 동의함	동의함	잘 모르겠음	동의하지 않음	매우 동의하지 않음	해당 없음
자녀가 보건교사와 보건실 직원으로부터 받는 치료에 매우 만족한다						
질문이나 우려 사항이 있는 경우 보건교사에게 연락할 수 있다고 확신한다						
보건교사와 보건실 직원은 아이를 존중해 준다.						
나는 보건교사를 중요하게 생각한다						
보건교사와 보건실 직원은 아이에게 친절하고 도움이 되는 방식으로 소통한다						
보건교사와 보건실 직원은 학부모에게 친절하고 도움이 되는 방식으로 소통한다						

3. 이번 학년도 시작 이후로 자녀가 수업일 중에 일정에 따른 약복용, 필요한 처치 및/또는 치료를 받는 데 어려움을 겪은 적이 있습니까?
 - a. 예
 - b. 아니요
 - c. 잘 모르겠음
 - d. 해당 없음

4. 이번 학년도가 시작된 이후 자녀의 보건교사 또는 그 밖의 보건실 직원과 직접 소통(전화, 이메일 또는 대면)한 적이 있습니까?
 - a. 예(4A 로 이동)
 - b. 아니요(5 로 이동)
 - c. 확실하지 않음(5 로 이동)

4A. 직접 소통할 때 보건교사나 다른 보건실 직원이 얼마나 자주 이해하기 쉬운 방식으로 설명해줍니까?

- a. 매우 자주
- b. 자주
- c. 가끔
- d. 전혀 없음

5. 자녀의 학교에서 보건교사 및 그 밖의 보건실 직원의 근무 시간을 충분히 알고 계십니까?

- a. 예
- b. 아니요
- c. 잘 모르겠음

6. 자녀가 이용할 수 있는 모든 학교 보건서비스에 대해 충분히 알고 계십니까?

- a. 예
- b. 아니요
- c. 잘 모르겠음

7. 자녀가 다니는 학교의 비상 절차 및 대응 수칙을 충분히 알고 계십니까?

- a. 예
- b. 아니요
- c. 잘 모르겠음

8. 현재 학교 보건서비스 프로그램 관련 정보를 어떻게 받고 계십니까? (하나 이상의 답변에 동그라미 표시)

- a. 학부모 뉴스레터
- b. 교직원
- c. 보건교사
- d. 기타 _____ (정자체 기입)
- e. 학교 보건서비스 프로그램 관련 정보를 받지 않는다

9. 학교 보건서비스 프로그램이 개선할 점이 있다면 무엇입니까?

(아래에 답변해 주십시오)

10. 자녀가 보건실이나 보건교사와 관련해 겪은 구체적인 경험에 대해 피드백을 알려주십시오.
(아래에 답변)

11. 보건교사 또는 그 밖의 보건실 직원이 자녀에게 제공하는 치료 및 서비스에 대해 더 알고 싶은 것이 있습니까? (아래에 답변)

12. 일반적으로 자녀의 전반적인 건강을 어떻게 평가하시겠습니까?

- a. 우수
- b. 매우 양호
- c. 양호
- d. 보통
- e. 불량

13. 자녀가 수업일 중에 처방약을 복용해야 합니까?

- a. 예
- b. 아니요
- c. 잘 모르겠음

14. 자녀에게 다음과 같은 건강 문제가 있습니까? (하나 이상의 답변에 동그라미 표시)
- 알레르기(모든 유형)
 - 천식
 - 주의력결핍장애(ADD) 또는 주의력결핍과잉행동장애(ADHD)
 - 당뇨병
 - 간질 또는 발작 장애
 - 기타 _____(정자체 기입)
15. 자녀의 연령은 무엇입니까(세)? _____ (정자체 기입)
16. 자녀의 성별은 무엇입니까?
- 여성
 - 남성
 - 기타
 - 응답하고 싶지 않음
17. 자녀는 히스패닉 또는 라틴계입니까?
- 예, 히스패닉 또는 라틴계
 - 아니요, 비히스패닉 또는 비라틴계
 - 응답하고 싶지 않음
18. 자녀의 인종은 무엇입니까? (하나 이상의 답변에 동그라미 표시)
- 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민
 - 아시아인
 - 흑인 또는 아프리카계 미국인
 - 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 주민
 - 백인
 - 응답하고 싶지 않음
19. 학생과 어떤 관계입니까?
- 모
 - 부
 - 조부모
 - 기타 친척 또는 법적 후견인
 - 기타 _____(정자체 기입)
20. 자녀는 몇 학년입니까? _____ (정자체 기입)
21. 자녀가 현재 다니고 있는 학교는 어디입니까? _____ (정자체 기입)

22. 학교 보건서비스 프로그램에 대한 연락을 받으시겠습니까?

a. 예

(아래에 귀하의 성명과 이메일 주소 또는 기타 연락처 정보를 제공해 주십시오)

성명: _____

이메일: _____

기타 연락처 정보: _____

b. 아니요

SHSP 학부모 피드백 설문조사에 참여해 주셔서 감사합니다. 이 설문조사 또는 SHSP 에 관한 문의 사항은 shs.program@dc.gov 로 이메일을 보내주시기 바랍니다.