

조지아주 척추측만증 검사 프로그램
거부 양식

(Scoliosis Refusal Form)

학부모님께,

앞으로 몇 주 내에, 저희 학교와 지역 카운티 보건부는 척추 만곡이 의심되는 청소년을 발견하기 위한 척추측만증 검사를 실시하게 됩니다. 조지아주에서는 법에 따라 최소 2개 학년(6학년, 7학년, 또는 8학년)에서 척추측만증 검사를 해야 하며, 저희 학교에서는 7학년과 8학년 학생을 대상으로 이 검사를 합니다.

이용 가능한 정보에 의하면, 100명 중 7명 내지 10명의 청소년에게 척추측만증이 나타날 수 있으며, 1명 내지 3명은 치료를 필요로 합니다. 이 상태가 조기에 발견되어 적절한 치료를 받으면 진행성 척추 변형을 예방할 수 있습니다.

척추측만증 검사는 간단한 무통 절차로 약 30초밖에 걸리지 않습니다. 학생들은 검사를 위해 셔츠를 벗기만 하면 되고, 여학생과 남학생이 따로 검사를 받게 됩니다. 척추측만증을 알아낼 수 있도록 훈련받은 사람이 처음에는 학생이 선 자세로, 그 다음에는 학생이 몸통을 앞으로 구부린 자세로 학생의 척추를 관찰합니다. 학생의 허리, 어깨 또는 골반이 고르지 않으면, 검사자가 척추측만증이 있는지 판별하기 위한 추후 검진을 권고할 것입니다. 귀 자녀가 의사로부터 척추측만증 검진을 받아야 하는 경우에는 학부모 통지 및 소개서를 우편으로 보내드립니다.

자녀가 위에 설명된 검사를 받는 것을 원하지 **않으시면**, 본 양식 아래 왼쪽에 정보를 작성해 주십시오. 자녀가 이미 척추 문제로 치료를 받고 있다면, 본 양식 아래 오른쪽에 정보를 작성해 주십시오. 척추측만증 검사일 전에 가능한 빨리 학교에 본 양식을 제출해 주십시오.

감사합니다.

학교장/교사

제 아이가 척추측만증 검사를 받는
것을 원하지 않습니다.

있습니다.

학생 이름(정자체로 기입)

학부모/보호자 이름(정자체로 기입)

학교 이름

교사

학년

학부모/보호자 서명

날짜

제 아이 _____은(는)
현재 척추 문제로 치료 및 관찰을 받고

학교:

교사:

학년:

날짜:

학부모/보호자 서명