

ST. JOHNSBURY ACADEMY JEJU

Student Medical Form 학생의료기록

Part II. Medical Evaluation 의학적 평가 This part must be completed and signed by the physician. If the information on this form is incomplete, an additional medical check-up will be requested. 이 부분은 모두 의사가 작성하고 서명해야 합니다. 작성된 정보가 미흡한 경우 추가적인 검사가 요구될 것입니다.

Student's Name 학생 이름		Birth Date 생년월일		Gender 성별	
Physical Exam					
Height 신장	cm	Weight 체중	kg	Blood Pressure 혈압	mmHg
	Normal	Abnormal	Comments	Normal	Abnormal
Neurologic				Abdomen	
HEENT				Genitourinary	
Dental				Skin	
Heart				Musculoskeletal	
Lungs				Psychological	
Screening					
Vision Screening 시력검사		Rt Lt □ Corrective Lens □ Glasses	Auditory Screening 청력검사		□ Pass □ Fail
Test					
Hemoglobin헤모글로빈 수치		Result: g/dl			
Urinalysis소변검사		Result:			
TB(tuberculosis) test결핵검사 (Either Tuberculin Skin test or Chest X-ray needs to be done. 투베르쿨린 피부반응 검사 또는 흉부X선 검사 가능)		□ Tuberculin Skin Test 피부반응검사 □ Chest X-ray 흉부X선 검사			
		Result 결과		Date 작성일	
Immunization					
Please check by a physician that the child has vaccinated properly along with ages. Please put check Mark "V" or "O" on the box or leave the date of vaccinations when those have been done. * If your child already fully vaccinated and submitted the completed records of vaccination previously, you do not need to submit the records. 아이의 나이에 맞게 예방접종이 이루어졌는지 의사에게 확인 받는 부분입니다. 예방접종이 이루어졌다면 "v" 또는 "O" 표시, 또는 예방접종이 이루어진 날짜를 기입하여 주시기 바랍니다. * 입학 전 모든 예방접종을 완료하고 그 기록을 이미 제출하셨던 경우에는 다시 기록을 제출하실 필요가 없습니다.					
DTap 디프테리아, 파상풍, 백일해		Polio 소아마비		MMR 홍역, 이하선염, 풍진	
#1 (2 months)		#1 (2 months)		#1 (12-15 months)	
#2 (4 months)		#2 (4 months)		#2 (4-6yrs)	
#3 (6 months)		#3 (6-18 months)		Hepatitis B B형간염	
#4 (15-18 months)		#4 (4-6yrs)		#1	
#5 (4-6yrs)		HPV (Girl student)		#2	
		#1 (12yrs)		#3	
Tdap 디프테리아, 파상풍, 백일해 추가 접종		Varicella 수두		Please state the year if child had chickenpox 수두 앓은적 있는 경우 체크해주세요	
#1 (11-12yrs)		#1 (12-15 months)		□ Yes (Date:)	
		#2 (Optional)			
*If above is not filled out by a physician, immunization certificate must be attached when you submit this medical form and it must be written in either English or Korean. 위의 예방접종내역이 의사에 의해 작성되지 않으면, 예방접종증명서를 서류 제출시 함께 첨부해야 합니다. 증명서는 모두 한국어 또는 영어로 제출되어야 합니다.					
Other Comment					
This student may 해당 학생은		□ participate fully in the school program, athletic activities and competitive sports. 학교 수업, 체육활동, 스포츠경기에 충분히 참여 가능합니다.			
		□ participate in the school program, athletic activities and competitive sports with the following restriction/adaptation: 아래의 제한/적용이 있다는 가정하에 학교 수업, 체육활동, 스포츠 경기에 참여 가능합니다:			
Physician's Name 의사이름		Physician's Signature 의사 서명		Name of Hospital 의료기관 이름	
				Date작성일	