

## 학생 건강 이력

학교에서 가능한 최상의 치료를 제공할 수 있도록 학생의 건강 정보를 업데이트하십시오.



## 학생 정보

학생 성	학생 이름	성별
생년월일(년/월/일)	교사	학년
부모/보호자 이름(정자체)	부모/보호자 집 전화	부모/보호자 휴대 전화
부모/보호자 이메일	면허를 보유한 건강 전문가의 이름/주소	건강 전문가 전화

## 학생 의료 이력

**해당 사항에 모두 표시하십시오.**

<input type="checkbox"/> 알레르기(아래 참조)	<input type="checkbox"/> 당뇨병(아래 참조)	<input type="checkbox"/> 발작 장애(아래 참조)
<input type="checkbox"/> 천식(아래 참조)	<input type="checkbox"/> 식이 문제	<input type="checkbox"/> 피부 상태/습진
<input type="checkbox"/> 행동 상의 우려 사항	<input type="checkbox"/> 빈번한 두통/편두통	<input type="checkbox"/> 위/장 문제
<input type="checkbox"/> 방광 또는 장 문제	<input type="checkbox"/> 청각 문제	<input type="checkbox"/> 비노기/신장 장애
<input type="checkbox"/> 혈액 장애	<input type="checkbox"/> 심장 문제(아래 참조)	<input type="checkbox"/> 시력 문제
<input type="checkbox"/> 뇌(부상, 질병, 수술 등)	<input type="checkbox"/> 신체 장애	<input type="checkbox"/> 시력 문제 - 안경/콘택트 렌즈?
<input type="checkbox"/> 기타(적어주십시오)		

**알레르기**

<input type="checkbox"/> 별칭 알레르기	<input type="checkbox"/> 음식 알레르기(구체적으로)	<input type="checkbox"/> 기타 알레르기(구체적으로)
----------------------------------	---	---

알레르기 반응 및 치료 방법에 대해 설명해 주십시오:

면허를 보유한 의료 전문가가 자녀에게 EpiPen 을 계속 사용하라고 조언한 적이 있습니까?  아니요  예  
 '예'인 경우 입학 전에 의사의 지시서와 EpiPen 을 준비해야 합니다.

**천식**

해당하는 유발 원인을 표시하십시오:	<input type="checkbox"/> 알레르기	<input type="checkbox"/> 운동	<input type="checkbox"/> 자극물	<input type="checkbox"/> 호흡기 감염	<input type="checkbox"/> 날씨(찬 공기)
---------------------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

위에서 천식에 '예'라고 표시한 경우, 입학 전 천식 치료 계획서(ASP-1)을 작성하십시오.

**생명을 위협하는 증상**

귀하의 자녀에게 당뇨병, 심장 질환 또는 발작 장애와 같은 생명을 위협하는 증상이 있는 경우, 필요한 추가 문서에 대해 입학 전에 보건 교사에게 문의하십시오.

**기타 건강 정보**

학생에게 일상 생활이나 학교 활동에 영향을 미치는 건강 상의 문제가 있습니까?  아니요  예, '예'인 경우, 설명하십시오:

심각한 부상이나 수술 이력을 나열하십시오:

학생이 약을 복용해야 합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예	학생이 약을 복용해야 합니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예
--	--

모든 약물의 이름과 투여 이유를 적으십시오:

기타 특별한 요구 사항 또는 우려 사항이 있습니까?

**학생에 대한 약물 관리 방침**

처방전이 필요한 또는 처방전 없이 구매할 수 있는 경우 투여 약물은 부모 또는 보호자와 면허를 보유한 의료 서비스 제공자의 서면 허가가 있는 학생에게만 투여할 수 있습니다. **교내 약물 투여 승인**양식은 **온라인**으로 또는 보건 교사에게 전화하여 얻을 수 있습니다.

**교내 부상**

자녀가 학교에서 다친 경우 다음 기관에 연락할 것입니다: 1) 부모/보호자 또는 긴급 연락처 및 2) 필요 시 911.

본인은 본인 자녀의 교내 안전을 지키기 위해 자녀 관련 의료 정보를 교직원에게 공개하는 데 동의합니다. 본인은 본인의 자녀가 부상을 입었을 때 의료비를 지불할 책임은 본인에게 있음을 이해합니다. 본인은 본 양식을 읽고 이해했습니다.

부모/보호자 이름(정자체)	학부모/보호자 서명	날짜(년/월/일)
----------------	------------	-----------