State of Illinois

아동 건강 검진 증명서

학생 이름	생년월일 (월/일/일)	섹스	인종/민족	학교/학년/ID#
마지막 첫 번째 가운데				

도로명 주소	도시	우편 번호	부모/보호자	전화(집/직장)

건강 기록: 부모/보호자가 작성하고 서명해야 하며 의료 서비스 제공자가 확인해야 합니다.

알레르기 (식품, 약물, 곤충, 기타)	☐ 예 ☐ 아니오	목록:	약물 (처방받거나 정기적으로 복용)	☐ 예 ☐ 아니오	목록:

천식 진단?	☐ 네 네 ☐ 아니요 아니요		한 쌍의 장기 중 하나의 기능을 상실? (눈/귀/신장/고환) 입원?	☐ 예 ☐ 아니요	
아이가 밤에 기침을 하다가 깨어나요?	☐ 네 네 ☐ 아니요		언제? 무엇 때문에?	☐ 예 ☐ 아니요	
선천적 결함?	☐ 네 네 ☐ 아니요 아니요		수술이요? (모두 나열하세요) 언제요? 무심각한 부상이나 질병이 있나요?	☐ 예 ☐ 아니요	
발달 지연?	☐ 네 네 ☐ 아니요		결핵 피부 테스트에서 양성 반응이 나왔나요(과거/현재)?	☐ 네 네 ☐ 아니	
혈액 질환? 혈우병, 겸상 적혈구, 기타? 설명해 주세요.	☐ 네 네 ☐ 아니요 아니요		결핵 질환(과거 또는 현재)?	☐ * 네 ☐ 아니	* 예인 경우 현지를 참조하세요. 보건부
당뇨병?	☐ 네 네 ☐ 아니요 아니요		담배 사용(유형, 빈도)?	☐ * 네 ☐ 아니	
머리 부상/뇌진탕/의식 상실?	☐ 네 ☐ 아니요 아니요		알코올/약물 사용?	☐ 네 네 ☐ 아니	
발작이요? 어떤 증상인가요?	☐ ☐ 아니요 아니요		50세 이전에 갑작스럽게 사망한 가족력이 있나요? (원인은?)	☐ ☐ 아니	
심장 질환/호흡곤란?	☐ ☐ 아니요				
심장잡음/고혈압?	☐ ☐				

운동하면 현기증이나 가슴 통증이 있나요? ☐ 안경 ☐ 안과 의사의 마지막 검사 _____

눈/시력에 문제가 있나요? _____

다른 걱정거리가 있나요? (사시, 눈꺼풀 처짐, 눈을 가늘게 뜨기, 독서 곤란) _____

귀/청력에 문제가 있나요?	☐ 네 네 ☐ 아니 아니	
뼈/관절 문제/부상/척추측만증?	☐ ☐	

모레이의 ☐ ☐ 다리 ☐ 그릇 ☐ 다른

추가 정보:

정보는 건강 및 교육 목적으로 적절한 담당자와 공유될 수 있습니다.

부모/보호자 서명: _____ **날짜:** _____

예방접종: 의료 제공자가 작성해야 합니다. 투여되는 모든 용량에 대해 월/일/년 단위의 접종 횟수를 기재해야 합니다. 특정 백신이 의학적으로 금기인 경우, 건강 검진을 담당하는 의료 제공자가 금기 사유를 설명하는 별도의 서면 진술서를 첨부해야 합니다.

필수 백신/용량 DTP 또는 DTaP Tdap; Td 또는 소아 DT	1회 복용량 좋아요	2회 복용량 좋아요	3회 복용량 좋아요	4회 복용량 좋아요	복용량 좋아요	6회 복용량 좋아요
(특정 유형 확인)	☐ 티디에이피 ☐ 티디 ☐ 디티	☐ 티디에이피 ☐ 티디 ☐ 디티	☐ 티디에이피 ☐ 티디 ☐ 디티	☐ 티디에이피 ☐ 티디 ☐ 디티	☐ 티디에이피 ☐ 티디 ☐ 디티	☐ 티디에이피 ☐ 티디 ☐ 디티
소아마비 (특정 유형 확인)	☐ IPV ☐ 오피비	☐ IPV ☐ 오피비	☐ IPV ☐ 오피비	☐ IPV ☐ 오피비	☐ IPV ☐ 오피비	☐ IPV ☐ 오피비
Hib Haemophiles 인플루엔자 B형 폐렴구균 접합						
체 B형 간염 MMR 홍역, 볼거리,						
풍진						
수두(수두) 수막구균 접합 백신 귀장(필수는 아님)						
백신(용량 A형 간염 HPV 인플루엔자 기타: 접종						
한 예방접종/날짜 명시						

댓글: *는 유효하지 않은 복용량을 나타냅니다.

위의 예방 접종 내역을 증명하는 의료 서비스 제공자(MD, DO, APN, PA, 학교 보건 전문가, 보건 담당자)가 아래에 서명해야 합니다.

위의 예방접종 내역 섹션에 날짜를 추가하는 경우 날짜별로 이니셜을 적고 여기에 서명하세요.

서명 _____ 제목 _____ 날짜 _____

학생 이름	생년월일 (월/일/일)	섹스	학교	학년/ID#
마지막 첫 번째 가운데				

예방접종에 대한 종교적 면제 증명서 또는 의사의 의학적 금기 사항 진술서
학교 당국에서 검토하고 유지 관리합니다.

면역 증명 대체 자료 1. 임상적 진단(홍역, 볼거리, B형 간염)은 의사의 확인과 검사 결과 확인이 필요한 경우 허용됩니다. 검사 결과 사본을 첨부하십시오.

*홍역(루베올라) (월/일/년) _____ **유행성 이하선염 (월/일/년) _____ B형 간염 (월/일/년) _____ 수두 (월/일/년) _____

2. 수두(수두) 질병의 병력은 의료 제공자, 학교 보건 전문가 또는 보건 담당자에 의해 확인된 경우 허용됩니다. 아래에 서명하는 사람
부모/보호자가 설명한 수두 질병 병력이 과거 감염을 나타내는지 확인하고, 그러한 병력을 질병 증빙 자료로 인정합니다.

질병 발생일 _____ 서명 _____ 제목 _____

3. 실험실에서 확인된 면역 증거(하나 선택) ☐ 홍역* ☐ 유행성 이하선염** ☐ 풍진 ☐ 수두 실험 결과 사본을 첨부하세요.

*2002년 7월 1일 이후에 진단된 모든 홍역 사례는 실험실 증거를 통해 확인되어야 합니다.
**2013년 7월 1일 이후에 진단된 모든 볼거리 환자는 실험실 증거를 통해 확인되어야 합니다.

의사의 면역 진술서는 검토를 위해 IDPH에 제출해야 합니다.

대안 1 또는 3을 완료하려면 실험실 검사 결과와 의사 서명이 반드시 첨부되어야 합니다. _____

신체 검사 요구 사항 **아래 전체 섹션은 MD/DO/APN/PA가 작성해야 합니다.**

2~3세 미만인 경우 머리 둘레 검사 당뇨병 검 _____ 키 _____ 무게 _____ 체질량지수 _____ BMI 백분위수 _____ 비피 _____

진: (주간 보육에는 필요하지 않음) **BMI>85% 연령/성** ☐ 예 ☐ 아니요 다음 중 두 가지: 가족력 ☐ 예, 위험에 처해 있습니다 ☐ 아니요

소수 민족 납 위험 설문지: ☐ 아니요 **인슐린 저항의 징후** (고혈압, 이상지혈증, 다낭성 난소 증후군, 흑색각화증) ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 예 ☐ 아니요

면허를 받았거나 공립학교에서 운영하는 보육원, 유치원, 어린이집 및/또는 유치원에 다니는 6개월에서 6세 사이의 어린이에게 필요합니다.
(시카고 또는 고위험 우편번호 지역에 거주하는 경우 혈액 검사가 필요합니다.)

설문조사를 실시했나요? ☐ 예 ☐ 아니요 **혈액 검사가 필요합니까?** ☐ 예 ☐ 아니요 **혈액 검사 날짜** _____ **결과** _____

결핵 피부 또는 혈액 검사: HIV 감염이나 기타 질환으로 인해 면역이 억제된 어린이, 고위험군으로의 잦은 여행 또는 고위험군에서 태어난 어린이에게만 권장됩니다. 유병률 국가 또는 고위험군 성인에 노출된 사람들. CDC 지침을 참조하세요. http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/testing/TB_testing.htm.

☐ 테스트가 필요하지 않습니다 ☐ 테스트 수행됨 **피부 테스트:** 읽은 날짜 _____ 결과: ☐ 긍정적인 ☐ 부정적인 mm _____

혈액 검사: 보고된 날짜 _____ 결과: ☐ 긍정적인 ☐ 부정적인 값 _____

실험실 테스트(권장) 헤모	날짜	결과	스크리닝	날짜	결과
글로빈 또는 헤마토크릿			발달 검사 사회적 정서적 검		☐ 완료 완료 ☐ 해
요분석 겸상 적혈구(표시			사 기타:		☐ ☐ 당
된 경우)					없음

시스템 검토 피부	귀	일반댓글/후속조치/필요사항		정상	의견/후속 조치/필요 사항
눈 코 인후 구강/치과	☐		내분비계, 위장	☐	
심혈관/고혈압 호흡기	☐	스크리닝 결과:	계, 비뇨기계, 신	☐	
현재 처방되는 천식 약	☐	스크리닝 결과:	경계, 근골격계,	☐	LMP:
물:	☐		척추 검사, 영양	☐	
	☐		상태	☐	
	☐			☐	
	☐			☐	
	☐	☐ 천식 진단정신 건강		☐	
☐ 빠른 완화 약물(예: 단기 작용 베타 작용제) 조절 약물(예: 흡입 코르티코스테로이드)			다른	☐	

학교 환경에 필요한 요구 사항/수정 사항 **식이요법**필요/제한 사항

특별 지침/장치 (예: 안전 안경, 유리 눈, 부정맥용 가슴 보호대, 심장 박동 조절기, 보철 장치, 치과 교량, 틀니, 운동 보조기/컵)

정신 건강/기타 이 학생에 대해 학교가 알아야 할 다른 사항이 있습니까?
이 학생의 건강에 관해 학교 또는 학교 보건 담당자와 논의하고 싶으시다면 제목을 선택하세요: ☐ 간호사 ☐ 선생님 ☐ 참사관 ☐ 주요한

비상 조치 아이의 건강 상태(예: 발작, 천식, 곤충 쏘임, 음식, 땅콩 알레르기, 출혈 문제, 당뇨병, 심장 문제)로 인해 학교에 있는 동안 필요한가요?
☐ 예 ☐ 아니요 그렇다면 설명해 주세요.

오늘의 검사를 토대로 이 아이의 참여를 승인합니다. (아니요 또는 수정된 경우 설명을 첨부해 주세요.)

체육 ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 수정됨 **학교간 스포츠** ☐ 예 ☐ 아니요 ☐ 수정됨

이름 주소 _____ ☐ 엠디 ☐ -하다 ☐ APN ☐ 아빠 서명 _____ 날짜 _____

인쇄 핸드폰