

귀하의 자녀가 학교에서 알아야 할 새로운 또는 업데이트된 건강 문제가 있는 경우 이 양식을 작성하십시오

학생 이름: _____ 생년월일: _____ 학년: _____

학 교: _____ 학년도: _____ 보험: ☐ 예 ☐ 아니오

병원 이름: _____ 전화: _____

☐ 알려진 상태 없음 ☐ 통역사 필요 언어: _____

생명을 위협하는 건강 상태 ☐ 예 ☐ 아니오

- ☐ 아나필락시스(에피네프린 처방)
- ☐ 알레르기 유발 물질/s: _____
- ☐ 당뇨병: ☐ 제1형 ☐ 제2형
- ☐ 발작 - (응급 약물 치료 필요)
- ☐ 천식 - 중증
- ☐ 기타 생명을 위협하는 상태: _____

*주법에 따르면 생명을 위협하는 상태에 있는 학생은 치료 계획을 작성하고 약품을 준비해야 합니다.

호흡기/호흡

- ☐ 천식-현재
- ☐ 천식- 진단받은 적 있음
- ☐ 천식으로 인한 운동 유발
- ☐ 반응성 기도 질환
- ☐ 기타 호흡기 질환 _____

눈 / 귀

- ☐ 청각 장애
- ☐ 빈번한 귀 감염
- ☐ 안경이나 콘택트 렌즈를 착용합니다
- ☐ 그 외: _____

알레르기, 영양

- ☐ 알레르기 - 음식: _____
- ☐ 알레르기-곤충: _____
- ☐ 알레르기 - 곰팡이, 먼지, 꽃가루. 설명하다: _____
- ☐ 알레르기- 약물: _____
- ☐ 알레르기 기타: _____

위장(소화)

- ☐ 셀리악 장애
- ☐ 음식 불내증(종교적 선호 포함): _____
- ☐ 만성 변비 ☐ 유분증
- ☐ 위 역류 ☐ 가슴쓰림 ☐ GERD
- ☐ 수유 문제: _____
- ☐ 기타 소화 문제: _____

정신 또는 행동 건강

- ☐ 불안
- ☐ 우울증
- ☐ 수면 장애
- ☐ 기타 정신 또는 행동 건강
- ☐ 상태: _____
- ☐ 현재 치료를 받고 있습니다. 빈도: _____

신경계(뇌)

- ☐ ADHD/ADD 진단일: _____
- ☐ 자폐증 스펙트럼 ☐ 두통, 재발
- ☐ 발작, 유형: _____
- ☐ 외상성 뇌손상/뇌진탕.
부상 날짜: _____
- ☐ 기타 신경학적 질환: _____

출혈

- ☐ 잦은 코피
- ☐ 기타 혈액 질환: _____

뼈 / 신체 활동

- ☐ 조건: _____
- ☐ 휠체어, 목발, 교정기: _____
- ☐ 최근에 뼈가 부러졌거나 영향을 미치는 기타 부상이 있는 경우
- ☐ 이동성 _____

심장 / 심장 / 혈류

설명해주세요: _____

약물 내 학생은 현재 학년도에 학교에서 약물 치료가 필요합니다 : ☐ 예 ☐ 아니오 집에서 먹는 약물: ☐ 예 ☐ 아니오
약물: _____

최근 입원 또는 수술. 설명해주세요:

목록에 없는 기타 건강 문제 또는 정보:

제공된 정보는 엄격하게 기밀로 유지되며 학생의 건강과 안전을 제공하기 위해 알아야 할 적절한 교직원만 공유됩니다. 건강 문제가 발생하거나 상태가 변경될 경우 학교 간호사에게 알리고, 필요에 따라 자녀의 상태에 관해 담당 의료 서비스 제공자로부터 서신을 제공하는 것은 부모/보호자의 책임입니다.

서명: _____ 성명: _____ 날짜: _____