



# Anchorage School District

## 건강 기록 양식

본 교육구에 처음 등록하는 학생들, 프리스쿨, 유치원, 5 학년, 9 학년, 혹은 기타 학생들중 새로운/기존의 건강문제를 변경해야 할 필요가 있는 경우 본 양식을 작성해 주십시오.

성	이름	미들 이니셜	생일 (월/일/연도연도)
학교			학년

### 병력

- 네  아니오 귀하의 자녀에게 어떤 건강 문제가 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 어떤 활동에 참여하는데 제한이 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 어떤 알레르기가 있나요?  
만약 그렇다면, 알레르기의 종류를 적어주세요: \_\_\_\_\_  
그 알레르기는 어떤 반응을 보입니까? \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 에피-펜 (Epi-Pen) 처방전이 있습니까? 무슨 알레르기 입니까? \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 천식을 앓고 있습니까?  
만약 그렇다면, 유형 또는 유발 인자를 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 당뇨를 앓고 있습니까?  
유형: \_\_\_\_\_  개인 관리  관리 필요  인슐린 펌프 사용  CGM 사용
- 네  아니오 귀하의 자녀는 심장 질환을 앓고 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 출혈성 질환을 앓고 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 정형외과적 장애를 앓고 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 간질 또는 다른 신경계 장애를 앓고 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 위장성 질환 또는 음식 섭취에 어떤 문제가 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 장이나 방광에 어떤 장애가 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 행동적, 정서적, 혹은 정신적 건강 장애를 앓고 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 시력장애가 있습니까?  안경  기타: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 청각장애가 있습니까?  보청기  기타: \_\_\_\_\_
- 네  아니오 귀하의 자녀는 현재 약을 복용하고 있습니까?  
만약 그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: \_\_\_\_\_

처방약 또는 치료 계획을 학교에서 관리/제공해야 할 필요가 있습니까?

- 당뇨약 / 당뇨병 관리 계획  에피-펜/알레르기/과민증 관리 계획  흡입기/천식 관리 계획
- 처방약  간질처방약/간질 관리 계획
- 다른 치료법(설명하십시오) \_\_\_\_\_

정규 수업일에 투약해야 할 약품은 ASD 간호사에게 반드시 알려줘야 합니다. 주 법률상 학생 스스로 휴대하는 약품을 포함하여 어떠한 처방약이든 학교에서 투약하기 위해서는 의료서비스 공급자와 부모의 승인이 요구됩니다. 동종요법제 및 한방약은 학교에서 투약할 수 없습니다.

계속해서 다음 페이지도 작성해 주십시오.





# Anchorage School District

## 건강 기록 양식

본 교육구에 처음 등록하는 모든 학생들, 프리스쿨, 유치원, 5 학년, 9 학년, 혹은 기타 다른 학년 학생들중 새로운/기존의 건강문제를 변경해야 할 필요가 있는 경우 본 양식을 작성해 주십시오.

의료서비스 공급자 / 소아과 그룹: \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

그 외의 의료 공급자: \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

### 부모 / 보호자 동의 및 허가

#### 예방접종 기록 접속 허가

동의 함       동의 안 함

...간호사가 알래스카주 보건사회부에서 관리하는 알래스카주 예방접종 등록부 확인 하는것임 (VacTrak). 학부모/보호자는 귀하의 서면 제출하에 위의 요청을 바꿀수 도 있습니다.

#### 의료 정보 공개 및 / 또는 교환 허가

동의 함       동의 안 함

...간호사가 이 양식에 제공된 의료 정보를 명확히하기 위해 위에 나열된 의료 서비스 제공자에게 연락 할 수 있습니다. 간호사는 자녀의 안전과 학업 성공을 위해 알아야 할 필요에 따라 건강 정보를 교직원과 공유합니다. 자녀의 건강 기록에 새로운 변경 사항이 있을 경우 간호사에게 알리는 것은 부모/보호자의 책임입니다.

#### 부모의 확인

아래의 서명은 본인이 제공한 정보가 정확하며 진실임을 인정하는 것입니다. 본인은 건강 기록 양식을 검토했으며 자녀의 건강 정보가 변경되면 학교에 알리는 것이 본인의 책임임을 이해합니다. 만약 자녀가 약이나 약 용품이 필요할 경우는 학교에 제공하는데 동의합니다. 위에 동의한 항목에 어떠한 변경이 있을 경우, 본인이 원하는 방식에 따라 학교에 통보 하겠습니다.

부모 / 보호자 이름 (정자체)	자녀와의 관계	전화 번호
부모 / 보호자 (서명)		날짜