



앵커리지 교육구

건강 기록 양식

모든 교육구 신규 학생 또는 필요에 따라 작성하십시오.

성	이름	중간 이름	생년월일 (월/일/년도)
학교			학년

병력(다음 중 예에 해당할 경우, 학교 간호사와 의논하세요)

☐ 예 ☐ 아니오 자녀의 건강에 문제가 있습니까?
그렇다면 구체적으로 설명해주세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀가 활동에 참여하는데 어떠한 제한이 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 알러지가 있습니까?
그렇다면 알러지를 나열하세요. _____
알러지 반응은 어떤 모습인가요? _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀가 에피펜을 처방 받았습니까? 어떤 알러지에 대한 처방입니까? _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 천식이 있습니까?
그렇다면 천식 유형이나 유발 요소를 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 당뇨병이 있습니까?
유형: _____ ☐ 자가 관리 ☐ 관찰 필요 ☐ 인슐린 펌프 사용 ☐ CGM 사용

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 심장 질환이 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 출혈 장애가 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 정형외과 질환이 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 발작이나 다른 유형의 신경 장애의 병력이 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 위장 장애나 섭식 문제가 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀의 장이나 방광에 문제가 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀에게 행동, 정서 또는 정신 건강에 문제가 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀의 시력에 문제가 있습니까? ☐ 안경 기타: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀의 청력에 문제가 있습니까? ☐ 보청기 기타: _____

☐ 예 ☐ 아니오 자녀가 현재 약을 복용하고 있습니까?
그렇다면 자세히 설명하세요: _____

학교에서 투여해야 하거나/사용할 수 있는 처방약 또는 치료 방법이 있습니까?

☐ 당뇨약/당뇨 치료 플랜 ☐ 에피펜/알러지/아나필락시스 치료 플랜 ☐ 천식 호흡기/천식 치료 플랜

☐ 처방 약물 ☐ 발작 치료제/발작 치료 플랜 ☐ 기타 치료 (설명하세요) _____

학교에서 약물을 투여해야 할 경우 ASD 간호사에게 통보해야 합니다. 주법에 따라 학교에서 자체 투여 약물을 포함한 모든 처방약 투여 전 의료 제공자와 학부모의 서면 승인이 필요합니다. 모든 유형의 약물 투여에 승인/동의서가 필요하며 약물(들)은 약물 라벨이 부착된 용기 채로 부모/보호자가 학교에 전달해야 합니다.

본 양식의 두 번째 페이지로 이동하여 작성을 완료해주세요.



앵커리지 교육구

건강 기록 양식

모든 교육구 신규 학생 또는 필요에 따라 작성하십시오.

성	이름	중간 이름	생년월일 (월/일/년도)
---	----	-------	---------------

학부모/ 보호자 동의 및 승인

예방 접종 등록부 열람 허가

☐ 동의합니다 ☐ 동의하지 않습니다.

... 간호사가 알래스카 주 예방 접종 등록부(VacTrak)에서 자녀의 예방 접종 정보를 검토할 수 있습니다.

학부모/보호자는 서면 요청을 통하여 언제든지 허가를 취소할 수 있습니다.

학부모 승인

아래의 서명은 제공된 정보가 정확한 최신 정보임을 인정하는 것입니다. 본인은 본 건강 기록 양식을 검토하였고 본인 자녀의 건강 정보가 변경되었을 때 학교에 통보하는 것이 본인의 책임임을 이해합니다. 본인은 필요한 경우 학교에서 자녀를 돌보는 데 필요한 약물이나 물품을 제공하는데 동의합니다. 본인은 선호에 따라 위의 항목에 대한 동의를 업데이트하거나 변경해야 하는 경우 학교에 통보할 것입니다.

학부모/보호자 이름(인쇄체)

자녀와의 관계

전화번호

학부모/보호자(서명)

날짜

의료 제공자 / 소아과 그룹 : _____ 전화 _____

기타 의료 제공자: _____ 전화 _____