



병력 기록 양식

본 교육구의 프리스쿨, 유치원, 5, 9학년, 또는 처음 등록하는 모든 학생들이나, 혹은 기타 학년 학생들중 새로운/기존의 건강문제를 업데이트 할 필요가 있는 경우 본 양식을 작성해 주십시오.

성	이름	이니셜	생년월일 (MM/DD/YYYY)
학교			학년

병력

- 예 아니오 귀하의 자녀에게 어떤 건강 문제가 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 어떤 활동에 참여하는데 제한이 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 어떤 알레르기가 있나요?
그렇다면, 알레르기의 종류를 적어주세요: _____
그 알레르기는 어떤 반응을 보입니까? _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 에피펜 (Epi-Pen) 처방을 받았습니까?
- 예 아니오 귀하의 자녀는 천식을 앓고 있습니까?
그렇다면, 그 형태 혹은 악화인자(triggers)에 대해 적어 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 당뇨를 앓고 있습니까?
- 예 아니오 귀하의 자녀는 당뇨관리를 위한 약을 처방받았습니까? *그렇다면, 아래에 약품, 복용량, 시간을 적어 주십시오.
- 예 아니오 귀하의 자녀는 심장 질환을 앓고 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 출혈성 질환을 앓고 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 정형외과적 장애를 앓고 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 간질 등 어떤 신경계 질환을 앓은 적이 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 위장성 질환 등 음식섭취에 어떤 문제가 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 장애인이나 방광에 어떤 장애가 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 행동적, 정서적, 혹은 정신적 건강문제를 앓고 있습니까?
그렇다면, 구체적으로 설명해 주십시오: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀에게 어떤 시력 장애가 있습니까? 안경 기타: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀에게 어떤 청각 장애가 있습니까? 보청기 기타: _____
- 예 아니오 귀하의 자녀는 현재 약을 복용하고 있습니까?
그렇다면, 약품을 적어 주십시오: _____

학교에서 투약 또는 상시 휴대해야 하는 처방약이 있습니까?

에피펜 알부테롤 흡입기 간질약 당뇨병약 처방약

약품: _____ 투여량: _____ 투여횟수: _____

약품: _____ 투여량: _____ 투여횟수: _____

약품: _____ 투여량: _____ 투여횟수: _____

정규 수업일에 투약해야 할 약품이 있다면 ASD 간호사에게 반드시 알려줘야 합니다. 주 법률상 학생 스스로 휴대하는 약품을 포함하여 어떠한 처방약이든지 학교에서 투약하기 위해서는 의료서비스 공급자 및 부모의 승인이 요구됩니다. 모든 종류의 약품에 있어 부모/보호자가 허가/동의서와 함께 약품(들)을 약국 라벨이 부착된 용기에 넣은 채 학교에 전달해야 합니다. 동종요법제 및 한방약은 학교에서 투약할 수 없습니다.

2 페이지에서 계속 작성해 주십시오. ➡



Anchorage School District

병력 기록 양식

본 교육구의 프리스쿨, 유치원, 5, 9학년, 또는 처음 등록하는 모든 학생들이나, 혹은 기타 학년 학생들중 새로운/기존의 건강문제를 업데이트 할 필요가 있는 경우 본 양식을 작성해 주십시오.

본인의 아이는 학교에서 다음 플랜이나 기타 치료가 필요합니다 (해당되는 모든 항목을 체크하세요).

- 알레르기 대응플랜, 천식 대응플랜, 간질 대응플랜, 당뇨 치료플랜, 기타 필요한 치료 (아래에 설명하세요), 없음

Empty box for additional information.

의료서비스 공급자 / 소아과 그룹: _____

치과치료 공급자: _____

부모/보호자 동의 및 허가

예방접종 기록 접속 허가
동의함, 동의 안 함
본인은 간호사가 알래스카주 보건사회부 역병과에서 관리하는 알래스카주 예방접종 등록부 (VacTrak)를 확인하고, Anchorage School District에서 실시한 예방접종 데이터를 입력하는데 동의합니다.

교직원에게 의료정보 공개 및/또는 교환 허가
동의함, 동의 안 함
본인은 학교 간호사가 필요시, 반드시 필요한 정보만 알려주는 방식으로 교직원과 건강정보를 공유하는데 동의합니다.

부모의 확인
본인이 아래에 서명한 것은 제공된 정보가 최신적이며, 진실임을 확인하는 것입니다.
부모/보호자 성명 (정자체), 아이와의 관계, 전화 번호, 부모/보호자 (서명), 날짜