



Anchorage School District

건강 기록 양식

새로 들어오는 모든 학생들을 위해 또는 필요에 따라 작성하십시오

성	이름	미들 이니셜	생일 (월월/일일/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

새로 들어오는 모든 학생들을 위해 또는 필요에 따라 작성하십시오

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