

4J 교육구 학생 건강 검진•의무 기록 양식 Student's Health Appraisal/Medical History Form
학생 건강 부모/후견인 평가 Parent/Guardian Evaluation of Student's Health

교무 처리 전용 난:	4 J학생번호
학생이름	
생년월일	학년
학교명	

1. 학생에게 신체장애가 있습니까? 네 아니오

네: 상태:

2. 학생이 수술을 받은 적이 있습니까? 네 아니오

네: 수술 종류:

3. 학생이 심각한 부상을 입은 적이 있습니까? 네 아니오

네: 부상 종류:

네: 부상 일자:

4. 학생이 시력교정 안경을 착용합니까? 네 아니오

5. 의사 이름: 전화번호

첫과 의사 이름: 전화번호

최종 신체 검사 일자:

6. 학생이 현재 의사로 부터 질병에 대한 치료를 받고 있습니까? 네 아니오

네: 질병 종류:

7. 학생이 현재 약을 복용 하고 있습니까? 네 아니오

학생이 학교에서 약을 복용할 것입니까? 네 아니오

복용하는 경우, 약명:

복용에 따른 주의 사항: (상세히 기록해 주십시오.)

8. 학생에게 다음의 증세가 있습니까?

<input type="checkbox"/> 천식*	<input type="checkbox"/> 주의력 결여·활동항진 장애
<input type="checkbox"/> 당뇨*	<input type="checkbox"/> 청각장애
<input type="checkbox"/> 심장 질환*	<input type="checkbox"/> 졸도
<input type="checkbox"/> 발작*	<input type="checkbox"/> 중이염
<input type="checkbox"/> 벌침 이상 민감증*	<input type="checkbox"/> 언어장애
<input type="checkbox"/> 식중독*	<input type="checkbox"/> 이상 민감증

* 만일, 학생에게 위의 왼쪽에 열거한 항목 증세가 있다면 교직원에게 증세에 관한 특정양식을 요청하십시오. 특정양식과 이 양식을 같이 작성하여 제출해 주십시오.

건강 상태를 설명해 주십시오:

기타 건강 문제점:

9. 학생이 학교에서 각종 수업관련 활동에 전적으로 참여할 수 있습니까? 네 아니오 (설명 요)

10. 학생이 수두를 앓은 적이 있습니까? 네 아니오

네: 몇 년도 입니까?

11. 출생국:

12. 전에 다닌 학교:

본인은 이 양식이 학생건강·보건문서철에 보관되며, 교육구의 직원에게 공유된다는 사실을 인지합니다.

부모/후견인 서명 서명 일자