

레인 군 소재 학교 학생 (K-12학년) 건강 진단서
Medical Report for Students (Grades K-12) Lane County Schools
 상단 부분은 신체 검사 전에 학부모가 작성할 것
영문 정자로 작성해 주십시오

학교 이름(School to be attending) _____ 학년(Grade) _____

학생이름 (Student's Name) _____ 성별 (Sex) 남(M) 여(F) 생년월일 (DOB) _____
 (성) (명)

주소 (Address) _____ 전화(Phone) _____

부모/후견인 (Parent/Guardian) _____ 의사(Physician) _____

학생에 대한 아래 항의 질문에 답해주십시오.

- | | | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 1. 머리/목 부상 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 13. 신장 질환 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 2. 근육, 뼈 또는 관절 질환 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 14. 백혈구 증가증 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 3. 척추 측만증 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 15. 수두 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 4. 실명 혹은 심각한 시각 장애 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 16. 곤충/벌침 과반응 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 5. 청력 장애 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 17. 천식 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 6. 폐렴 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 18. 꽃가루병 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 7. 탈장 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 19. 음식물 이상 민감증 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 8. 당뇨병 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 20. 피부 이상 민감증 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 9. 실신 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 21. 현재 약품 복용 혹은
주사 투여 중임 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 10. 간질/발작 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 22. 수술 받은 적이 있음 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 11. 연쇄구균 감염 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | 23. 기타 심각한 문제 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ |
| 12. 류머티즘 열 | *네 _ 아니오 _ 발병연도 _____ | | |

"네" 라고 답한 항목에 대한 구체적인 사실을 언급해 주십시오. _____

행동·신체적·정신적 문제점: _____

DOCTOR'S PHYSICAL EXAMINATION

Height _____	Vision with glasses/contacts <input type="checkbox"/>	Immunization Summary	Last Dose
Weight _____	Vision without glasses <input type="checkbox"/>		Month/Year Given Today
Blood Pressure _____	R 20/_____ L 20/_____	Diphtheria	_____
		Whooping cough	_____
		Tetanus	_____
		Polio	_____
		Sabin-oral	_____
		Salk	_____
		Measles (Vaccine)	_____
		Mumps (Vaccine)	_____
		Rubella (Vaccine)	_____
		Chickenpox	_____
		or Date of disease	_____
		Hep B	_____
		Hep A	_____
		Tests	Given Today Results
		Tuberculin	_____
		Chest X-Ray	_____
		Indicated lab tests	_____
		Urine	_____
		Blood	_____

Significant illness or injuries _____

Diagnosis _____

I have on this date examined the above student and recommend him/her as being physically able to participate in regularly scheduled physical education classes and complete in the following supervised athletics: BASEBALL, BASKETBALL, CROSS COUNTRY, FIELD HOCKEY, FOOTBALL, GOLF, GYMNASTIC, SKIING, SOCCER, SOFTBALL, SWIMMING, TENNIS, TRACK, VOLLEYBALL, WRESTLING:
 OTHER _____

This student may be permitted weight loss to make a lower weight class in WRESTLING: Yes _____ No _____.

If "Yes" may lose _____ pounds (Grades 6 -12)

Date _____

 (Signature of Examining Physician)

NOTE - Physician is licensed by the Oregon State Board of Medical Examiners

Health Services 2008

Form # 147