



# Student Health History Form

## 학생 건강 기록 양식

- 학생이 등록할 때 학교를 시작하기 전에 학부모가 양식을 작성하고 서명해야 합니다.
- 지정된 학교에 학생의 건강 상태를 기록한 양식을 제출해야 합니다.

### 인구 통계 데이터

학생 이름: \_\_\_\_\_ 등록 날짜: \_\_\_\_\_

학년: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 남자:  여자:

학생 주소: \_\_\_\_\_

거리 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

부모/보호자 이름들 어머니: \_\_\_\_\_ 아버지: \_\_\_\_\_

전화: \_\_\_\_\_ 형제 자매 이름/나이: \_\_\_\_\_

### 복용하는 약들

매일 복용하는 약 목록: \_\_\_\_\_

복용 이유: \_\_\_\_\_

알레르기  예, 알고 있는 알레르기 유형을 아래에 표시하십시오.  모름

	이름/종류	반응	치료법
동물	_____	_____	_____
약물	_____	_____	_____
환경	_____	_____	_____
음식	_____	_____	_____
벌/말벌	_____	_____	_____

건강 기록 (자녀가 가졌던 혹은 가지고 있는 모든 건강 이상 상태를 체크하고 아래에 설명하십시오.)

- |                                      |                                   |  |                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD    | <input type="checkbox"/> 발달 장애    | <input type="checkbox"/> 생리 문제         | <input type="checkbox"/> 피부 문제  |
| <input type="checkbox"/> 관절염 / 관절 문제 | <input type="checkbox"/> 당뇨       | <input type="checkbox"/> 정신 건강 문제      | <input type="checkbox"/> 소화 장애  |
| <input type="checkbox"/> 천식          | <input type="checkbox"/> 청각 문제    | <input type="checkbox"/> 편두통           | <input type="checkbox"/> 수술     |
| <input type="checkbox"/> 출생 결함       | <input type="checkbox"/> 심장 문제    | <input type="checkbox"/> 신체적 한계 문제     | <input type="checkbox"/> 비뇨기 문제 |
| <input type="checkbox"/> 혈액 장애       | <input type="checkbox"/> 간염       | <input type="checkbox"/> 관계 문제         | <input type="checkbox"/> 시각 문제  |
| <input type="checkbox"/> 장 문제        | <input type="checkbox"/> 입원       | <input type="checkbox"/> 발작, 틱장애 또는 떨림 | <input type="checkbox"/> 그 외의 것 |
| <input type="checkbox"/> 암           | <input type="checkbox"/> 학습 능력 문제 | <input type="checkbox"/> 심각한 질병        |                                 |

## 학생 건강 기록 양식 (계속)

학생 이름: \_\_\_\_\_

위에 체크한 건강 문제	자녀 나이 @ 진단	입원한 날(짜들)	장기적인 문제들
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### 임신과 출산 역사

임신 했을 때 엄마의 나이: \_\_\_\_\_

임신했을 동안 어머니나 아기에게 어떤 문제가 있었습니까? \_\_\_\_\_

임신 기간: \_\_\_\_ 주                      진통 시간: \_\_\_\_ 시간                      아기의 출생 체중: \_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_ oz.

출산 혹은 출산 후 아기와 관련 된 합병증이 있었습니까? \_\_\_\_\_

### 말과 언어 발달

자녀의 말 혹은 언어 발달에 문제가 있었거나 문제가 있다고 걱정하십니까? \_\_\_\_\_

무엇이 문제 입니까? \_\_\_\_\_

과거에 언어 치료를 받은 적이 있습니까? \_\_\_\_\_ 어디서 그리고 언제? \_\_\_\_\_

### 식이 요법

자녀의 영양에 대해 걱정이 있습니까? \_\_\_\_\_

체중 문제가 있습니까? \_\_\_\_\_ 자녀가 아침을 먹습니까? \_\_\_\_\_ 점심은? \_\_\_\_\_ 저녁은? \_\_\_\_\_

자녀에게 음식물 섭취에 있어서 제한이 있습니까? \_\_\_\_\_

### 다른 문제

자녀의 정서적, 신체적 또는 단계적 발달 성장에 대한 다른 정보나 우려 사항을 공유하십시오.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

학생 건강 기록 양식 (계속)

학생 이름: \_\_\_\_\_

우려할 자녀에 대한 가족 상황이나 문제 행동을 공유하십시오.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

자녀가 IEP 혹은 504 Plan 을 하고 있습니까?     예                       아니요

개인이나 가족 또는 학생이 Medicaid 나 혹은 Medicare 보험 자격이 있는지 알아 보려면 Ohio 혜택 웹 사이트 @ [www.ohiomh.com](http://www.ohiomh.com) 에 문의하거나 800-324-8680 으로 문의하십시오.

학교 보건 교사와 면담을 원하면 체크하십시오.

부모/보호자

Printed name: \_\_\_\_\_

관계: \_\_\_\_\_

부모/보호자

Signature: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_