



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 약물

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 에 문의하거나 800-324-8680 으로 문의하십시오.

학교 보건 교사와 면담을 원하면 체크하십시오.

부모/보호자

Printed name: _____

관계: _____

부모/보호자

Signature: _____

날짜: _____