



Student Health Form

학생 건강 기록서

To be completed by parents:

학부형님께서 완성해 주셔야 합니다.

Student's Family Name: _____

학생의 성(姓)

First Name: _____ Middle Name: _____ Male(남)____ Female(여)____

Grade in August: _____ Date of Birth: _____

8 월 현재 학년 생년월일

Father's Name: _____ Languages spoken _____

아버지성명 사용 언어

Mother's Name: _____ Mother's Language: _____

어머니 성명

Home Address in China: _____

중국 내 주소

Home Phone: _____

집전화

Mother's Cell: _____

어머니 휴대전화

Father's Cell: _____ Business Phone: _____

아버지 휴대전화 직장 전화

Emergency Contact in Wuhan if parents cannot be reached :

우한내 응급연락처(부모님과 연락이 안 되는 경우)

Name: _____ Relationship to student: _____

성명 학생과의 관계

Phone: _____

전화

If you want your child to take medication at school, you must send a note with the medication and give the name of the medication, dose (how much), time to take the medication, and for how many days.

학생이 학교에서 약을 복용 해야 하는 경우, 약과 함께 약의 이름, 복용 양, 복용 시간, 복용 기간을 적은 메모를 보내 주셔야 합니다.

The nurse's office has the following medications. Please check the box next to the medication which gives the school nurse permission to give it to your child if needed.

양호실에는 다음과 같은 약들이 구비되어 있습니다. 필요한 경우 학교의 간호사 선생님이 당신의 아이에게 처방해도 되는 약 옆의 네모에 체크해 주시기 바랍니다.

- Throat Lozenges-sore throat relief Tylenol (Paracetamol) for headaches, fever and cramps
인후 정제-인후 통증 완화제 타이레놀(아세트아미노펜)-두통, 해열, 진통제
- Benadryl for allergic reactions Topical ointments and lotions for grazes, cuts and rashes
베나드릴-알레르기성 질환 국소부위 연고와 로션-찰과상, 베인 경우, 발진(뽀루지) 치료

THE BELOW IMMUNIZATION MUST BE CURRENT BEFORE A STUDENT IS ADMITTED TO WYIS ACCORDING TO SCHOOL POLICY. Please write the DATES for BOTH the scheduled and booster immunizations.

학교방침에 따라 아래의 면역조치는 반드시 학생이 WYIS 에 입학하기 전 최근의 내용이어야 합니다. 기초접종과 추가접종 날짜 모두를 적어주세요.

*Some countries may have slightly different schedules for these vaccinations.

국가에 따라 예방 접종 계획은 약간 다를 수 있습니다.

		Date (mm/dd/yy) 날짜(월/일/년)				
Type 유형		1st	2nd	3rd	4th	5th
Polio (Oral) (OPV): 2, 4, 6 & 12-18 months, 4-6 years old OR 소아마비접종(경구용백신): 2,4,6 과 12-18 개월, 4-6 세						
Polio (Inactivated) (IPV): 2,4,6-18 months, 4-6 years old 소아마비접종(주사용백신): 2,4,6-18 개월, 4-6 세						
Diphtheria, Pertussis, Tetanus (DPT*) 디프테리아, 백일해, 파상풍 (DPT*) 2, 4, 6 & 18 months, 4-6 years old, (booster every 5-10 years) 2,4,6 과 18 개월, 4-6 세, (5-10 년 마다 추가접종)						
Measles/ Mumps/ Rubella (MMR*): 12-15 months; 4-6 years 홍역/ 볼거리 / 풍진 (MMR*): 12-15 개월; 4-6 세						
Hepatitis B (3-5 shots) B 형 간염(3-5 회 주사)						
Tuberculosis 결핵	Vaccine (B.C.G.) 백신(B.C.G.)					
	OR - Skin test (PPD/Mantoux)-within one year prior to admission 또는 피부결핵진단검사(PPD/만톡스)- 입학전 1 년 사이	Result +- 결과 +-				

THE FOLLOWING VACCINES ARE NOT REQUIRED BUT ARE RECOMMENDED

이하의 예방접종은 요구되어지는 것은 아니지만 권장 사항입니다.

Chickenpox 12-18 months 수두 12-18 개월						
Hepatitis A A 형 간염						
HiB (Haemophilus influenza type B) 뇌수막염						
Pneumococcal conjugate 폐구균단백질결합						
Japanese Encephalitis 일본뇌염						

*PLEASE ALSO ATTACH A PHOTOCOPY OF YOUR CHILD'S VACCINATION RECORD

*학생의 예방접종 기록 사본도 첨부해 주시기 바랍니다.

Allergies? 알레르기? _____

(Medication, Food, Pollen, Grass, Trees, Dust, Mold, Other?)

(약, 음식, 꽃가루, 풀, 나무, 먼지, 곰팡이, 기타?)

Medications Taken Daily _____

매일 복용하는 약

Health Conditions

건강 상태

Does your child have a history of any of the following conditions?

아래의 항목 중 학생에게 해당되는 병력사항이 있습니까?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Concussion 뇌진탕 | <input type="checkbox"/> Glasses or Contacts
(circle which one/s)
안경 / 콘택트렌즈
(해당 경우에 동그라미) | <input type="checkbox"/> Hearing Problems
난청 |
| <input type="checkbox"/> Asthma 천식 | <input type="checkbox"/> Skin Problems
피부병 | <input type="checkbox"/> Chronic Diseases
만성질환 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes 당뇨병 | <input type="checkbox"/> ADHD / ADD
주의력결핍과잉
행동장애
/주의력결핍장애 | <input type="checkbox"/> Frequent Stomach
aches 빈번한 위통 |
| <input type="checkbox"/> Seizures (Epilepsy)
발작(간질) | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches
빈번한 두통 | <input type="checkbox"/> Anemia 빈혈 |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems
심장질환 | <input type="checkbox"/> Severe Menstrual
Cramps 심한 생리통 | <input type="checkbox"/> Bladder or Kidney
Problems 방광 또는
신장 질환 |
| <input type="checkbox"/> Serious injuries
심각한 상해 | <input type="checkbox"/> Chicken Pox 수두 | <input type="checkbox"/> Hepatitis 간염 |
| <input type="checkbox"/> Eye Problems 눈병 | | <input type="checkbox"/> Frequent Nose Bleeds
빈번한 비출혈(코피) |
| <input type="checkbox"/> Bone or Joint Problems
골관절 질환 | | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Serious Accidents
심각한 사고 | | |

Please explain any checked boxes and give any additional information that would help the teachers or school nurse in their care of your child during the school day:

선생님들과 간호선생님이 학교에서 학생을 돌볼 수 있도록 체크한 사항에 대한 설명과 추가정보를 기록해 주십시오:

PARENT'S SIGNATURE: _____ Date: _____

학부형 서명: _____ 날짜: _____